

Sari Miettinen
Raija Koskinen
Sari Mäki

Päivi Mäntyneva
Katja Valkama



KOKEILUISTA KÄYTÄNTÖÖN

Kelan uudet kuntoutukseen hakemisen mallit mahdollisuuksina päästä joustavammin kuntoutukseen

Kuntoutusta kehittämässä 8 | 2019

Kirjoittajat

Sari Miettinen, tutkijayliopettaja, TtT, TtM

Hämeen ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@hamk.fi

Katja Valkama, yliopettaja, HTT, YTM

Hämeen ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@hamk.fi

Päivi Mäntyneva, lehtori, YTM

Hämeen ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@hamk.fi

Raija Koskinen, lehtori, VTM

Hämeen ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@hamk.fi

Sari Mäki, terveyden edistämisen koordinaattori, terveydenhoitaja AMK

Hämeen ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@hamk.fi

www.kela.fi

ISSN 2489-849X

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201902215831>

Helsinki 2019

Sisältö

Tiivistelmä	4
1 Johdanto.....	5
1.1 OTE-kärkihanke ja Kelan kokeilujen arviointi.....	5
1.2 Kelan uudet kuntoutukseen hakemisen mallit alueellisissa kokeiluhankkeissa....	7
1.2.1 Suorapäätös.....	8
1.2.2 Suullinen hakeminen.....	9
1.2.3 Ilman diagnoosia hakeminen.....	10
2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	11
3 Tutkimuksen toteutus.....	13
3.1 Menetelmät, työskentelytavat ja sisällöllinen kuvaus.....	13
3.3 Aikataulu.....	16
3.4 Projektiryhmä ja ohjausryhmä.....	16
3.5 Tutkimuksen toteutumisen arviointi.....	17
4 Arvioinnin havainnot	18
4.1 Suorapäätös.....	21
4.1.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen.....	21
4.1.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen.....	22
4.1.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen.....	23
4.2 Suullinen hakeminen ilman diagnoosia ja diagnoosin perusteella.....	24
4.2.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen.....	24
4.2.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen.....	26
4.2.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen.....	27
4.3 Ilman diagnoosia hakeminen.....	28
4.3.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen.....	28
4.3.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen.....	30
4.3.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen.....	31
5 Pohdinta	32
5.1 Toimintakyky ja toimijuuden tukeminen.....	32
5.2 Matala kynnyks osallisuudella, tuella ja hakuprosessia helpottamalla	36
5.3 Asiakkaan kuntoutuspolku nopeutuu osittain.....	38
6 Johtopäätökset.....	40
Lähteet.....	43

Tiivistelmä

Kela kokeili kolmea uudenlaista kuntoutukseen hakemisen tapaa yhdeksässä valtakunnallisen OTE-kärihankkeen kokeiluhankkeessa. Uusia toimintatapoja olivat suorapäätös, suullinen hakeminen ja hakeminen ilman diagnoosia. Uusilla hakemisen tavoilla pyrittiin siihen, että kuntoutukseen olisi mahdollista päästä nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Asiakkaan kuntoutuspolulla kokeilut sijoittuivat vaiheeseen, jossa tunnistetaan asiakkaan tarve kuntoutukseen ja tehdään kuntoutuspäätös. Kelan kokeiluja arvioitiin erillisellä OTE-hankkeen tutkimuksella. Tutkimuksen toteutti Hämeen ammattikorkeakoulun tutkijaryhmä.

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, kuinka hyvin uusien kuntoutukseen hakemisen mallien myötä mahdollistuu nopea kuntoutukseen pääsy ja matala kynnys. Näitä tarkasteltiin Kelan toimihenkilöiden (etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkäri) sekä alueellisten kokeiluhankkeiden toimijoiden (yhteistyötahot) näkökulmista. Tutkimuksen aineisto muodostui kokeilujen aikana Kelan etuuskäsittelijöiden täyttämistä tiedonkeruulomakkeista sekä Kelan etuuskäsittelijöiden ja yhteistyötahojen fokusryhmähaastatteluista ja yhdestä yksilöhaastattelusta. Strukturoiduista tiedonkeruulomakkeista saatua tietoa käytettiin kuvailavana aineistona. Fokusryhmähaastatteluista syntynyt aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä ja tarvittaessa analyysia syvennettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimus toteutui suunnitellun aikataulun mukaisesti ja tutkimuksessa saavutettiin sille asetetut tavoitteet. Tutkimuksen rajoituksena on, että kokeilut eivät saavuttaneet arvioitua volyymiä asiakasmäärissä ja kaikki kokeiluihin osallistuneet tahot eivät osallistuneet haastatteluihin.

Tulokset osoittivat, että uusien kuntoutukseen hakemisen mallien myötä asiakkaan kuntoutuspolku nopeutuu osittain. Esimerkiksi suorapäätös mallissa kuntoutuskurssi ei välttämättä käynnisty aiempaa nopeammin, vaikka prosessin alkupää nopeutuisi. Myös uudenlaiset asiakasryhmät edellyttävät uudenlaisia työ- ja toimintamalleja. Mallien myötä mahdollistuu kuntoutukseen hakemisen matala kynnys, koska esimerkiksi tarpeen tunnistaminen tapahtuu niissä paikoissa, jotka ovat osa ihmisten arkea (mm. oppilaitokset). Tarpeen tunnistamisen mahdollistuminen edellyttää kuitenkin usean asian ratkaisemista, kuten riittävät toimintamallit, osaaminen ja resurssit.

Avainsanat: kuntoutus, kokeilut, hakeminen, hakemukset, käsittely, päätökset, arviointi

1 Johdanto

1.1 OTE-kärkihanke ja Kelan kokeilujen arviointi

OTE-kärkihankkeessa on tavoitteena, että ”osatyökykyiset jatkavat työelämässä tai työllistyvät avoimille työmarkkinoille” (STM 2018a; THL 2018a). Kärkihankkeessa tavoiteltavia muutoksia ovat mm. saumattomat ja oikea-aikaiset palveluketjut, oikea-aikaiset palvelut sekä työmarkkinoilta syrjäytymisvaarassa olevien ja työelämän ulkopuolelle jääneiden mahdollisuudet antaa oma panoksensa yhteiskunnan käyttöön (STM 2018b).

Kärkihanke jakaantuu kahdeksaan osaprojektiin: 1) OSKU-ohjelman suositukset, 2) Koulutuksella muutokseen, 3) Vammaisten yrittäjyys, 4) Mallit työllisyyteen ja osallisuuteen, 5) Rekrytointikynnyksen mataltaminen, 6) Tieto helposti verkosta, 7) Polut hoitoon ja kuntoutukseen ja 8) Kannustinloukut. Osaprojektit toteutuvat sosiaali- ja terveysministeriön sekä työ- ja elinkeinoministeriön yhteistyönä (STM 2018c). Osana kärkihanketta kehitetään mm. toimintamalleja osatyökyisten työhön paluun ja työllistymisen tukemiseen, hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamiseen sekä osallisuuden parantamiseen. Näitä varten on rakennettu alueellisia kokeiluhankkeita, joita on yhteensä 12 (ks. taulukko 1, s. 6). Kokeiluhankkeet sisältyvät osaprojekteihin: Malleja työllistymiseen ja osallisuuteen -projekti (OTE 4) sekä Polkuja hoitoon ja kuntoutukseen -projekti (OTE 7).

Osaprojekteissa Malleja työllistymiseen ja osallisuuteen (OTE 4) ja Polkuja hoitoon ja kuntoutukseen (OTE 7) toteutettiin kaksitoista alueellista kokeiluhanketta. Kela kokeili uudenlaisia toimintatapoja kussakin kokeiluhankkeessa. Uudenlaisia kuntoutukseen hakemisen ja päätöksenteon tapoja kokeiltiin kolmen uuden mallin kautta yhdeksässä kokeiluhankkeessa. Mallit olivat suorapäätös, suullinen hakeminen ja hakeminen ilman diagnoosia. Uusilla hakemisen tavoilla pyrittiin siihen, että kuntoutukseen olisi mahdollista päästä nopeasti ja matalalla kynnyksellä. Lisäksi haluttiin kokeilla sitä, miten henkilöt ilman varsinaista diagnoosia voisivat päästä kuntoutukseen. Asiakkaan kuntoutuspolulla kokeilut sijoittuivat vaiheeseen, jossa tunnistetaan asiakkaan tarve kuntoutukseen ja tehdään kuntoutuspäätös.

Taulukko 1. OTE-kärkihankkeen 12 alueellista kokeiluhanketta.

Kärkihankkeen osaprojekti	Kokeiluhankkeet
Malleja työllistymiseen ja osallisuuteen (OTE 4)	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyö EKSOTE: Yhdessä hyvä OTE! – Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson OTE-kärkihanke
	Invalidiliitto ry / Validia Ammattiopisto: FOKUS – opinnoista tuetusti työllistymiseen
	Porin kaupunki: SATAOSAA – Satakunnan mallit työllistymiseen ja osallisuuteen
	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä / Verso-liikelaitos: Päijät-Hämeen OTE (PÄHEE OTE)
	Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymä Soite: Keski-Pohjanmaan osatyökykyisille tie työelämään (KP OTE)
	Vaalijalan kuntayhtymä: Savon OTE
Polkuja hoitoon ja kuntoutukseen (OTE 7)	Pirkanmaa: Toimintakykykeskus - maakunnalliseen SOTEen osatyökykyisen polut työkykyyn, työhön ja työllisyyteen (TOIKE)
	Porin kaupunki: Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen
	Oulun kaupunki / Työllisyyspalvelut: Uusi suunta työelämään
	Kiipulasäätiö: RIVAKKA OTE!
	Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä: OTE maakunnassa – Polut kuntoon
	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri: Saumaton hoitoketju ja kuntoutuspolku työikäisille

Kelan kokeiluja arvioitiin erillisellä OTE-hankkeen tutkimuksella. Tutkimuksen avulla saatiin tietoa uusien mallien toteutumisesta ja erityisenä tarkastelun kohteena olivat kuntoutusetuuden päätöksenteko sekä asiakkaan ohjautuminen kuntoutukseen. Asiakkaan polku käsitetään tässä kokonaisprosessina, joka ulottuu kuntoutustarpeen tunnistamisesta asetetun kuntoutumisen tavoitteen saavuttamiseen ja johon vaikuttavat monet asiakkaan ympärillä olevat toimijat ja ilmiöt. Siten tämä tutkimus käsittelee asiakkaan kuntoutusprosessin alkuosaa, tarpeen tunnistamisesta kuntoutuspäätöksen tekoon. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää Kelan uusien mallien kehittämisessä jatkossa ja myös kuntoutuksen kentän kehittämisessä laajemmin.

1.2 Kelan uudet kuntoutukseen hakemisen mallit alueellisissa kokeiluhankkeissa

Kokeiluhankkeet sijoittuivat maantieteellisesti laajasti eri puolille Suomea erilaisiin Kelan kursseihin ja kuntoutuspalveluihin. Kokeiluja malleja on kuvattu kunkin kokeiluhankkeen osalta taulukossa 2. Malleja kokeiltiin yhdeksässä kokeiluhankkeessa.

Taulukko 2. Uusien mallien kokeilut OTE-kärkihankkeen kokeiluhankkeissa.

	Kokeiluhanke	Kokeiltu malli	Kuntoutuspalvelu	Lä hettävä taho
OTE 4	Mallit työllistymiseen ja osallisuuteen			
	SATAOSAA – Satakunnan mallit työllistymiseen ja osallisuuteen	Ilman diagnoosia	TEAK	Oppilaitokset
	Keski-Pohjanmaan osatyökykyisille tie työelämään (KP OTE)	Ilman diagnoosia	TEAK	Oppilaitokset
	FOKUS – Opinnoista tuetusti työllistymiseen	Ilman diagnoosia	AKSE, TEAK	TYP, Ohjaamo
	Päijät-Hämeen OTE (PÄHEE OTE)	Suullinen hakeminen	TEAK	Oppilaitokset
OTE 7	Polut hoitoon ja kuntoutukseen			
	Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen	Suorapäätös	Tules-kurssit	Perusturva
		Suorapäätös	Mielenterveys-kurssit	Terveyskeskus
	Saumaton hoitoketju ja kuntoutuspolku työikäiselle	Suorapäätös	Tules-kurssit	Fysiatrian pkl
	Rivakka Ote!	Suorapäätös	Mielenterveys-kurssit	Psykiatrian pkl
		Suullinen hakeminen	AKSE, TEAK, Taito	Psykiatrian pkl
		Suorapäätös	Kuntoutuspsykoterapia	Psykiatrian pkl
		Suullinen hakeminen	Kuntoutuspsykoterapia	Psykiatrian pkl
	Uusi suunta työelämään	Ilman diagnoosia	AKSE	Kuntouttava työtoiminta
	Ote maakunnassa – Polut kuntoon	Suullinen hakeminen	TEAK/työhönvalmennus	Oppilaitokset

Mallit työllisyyteen ja osallisuuteen -osaprojektissa (OTE 4) kokeiltiin suullisen hakemisen mallia ja ilman diagnoosia hakemisen mallia. Kussakin kokeiluhankkeessa kokeiltiin yhtä hakemisen mallia.

Polut hoitoon ja kuntoutukseen -osaprojektissa (OTE 7) kokeiltiin kaikkia kolmea mallia eri kuntoutuspalveluissa ja -kursseilla. Pääsääntöisesti kussakin kokeiluhankkeessa kokeiltiin yhtä uutta mallia. Poikkeuksena Rivakka Ote, jossa kokeiltiin sekä suorapäätöstä että suullista hakemista. Seuraavana kuvataan kolmen mallin peruseräatteen.

1.2.1 Suorapäätös

Suorapäätöksessä kuntoutustarve tunnistetaan terveydenhuollossa, jossa tehdään samalla suunnitelma kuntoutumisesta (kuvio 1). Kuntoutustarve arvioidaan sovittujen kriteerien mukaisesti. Mikäli kriteerit täyttyvät, jatketaan kuntoutukseen hakemisen prosessia asiakkaan kanssa. Terveydenhuollon asiantuntija etsii sopivan palvelun Kelan internetsivuilla olevalta palvelimelta yhdessä asiakkaan kanssa. Terveydenhuollon asiantuntija voi kysyä tarvittaessa neuvoa Kelan etuuskäsittelijältä esimerkiksi suojatulla Skype-yhteydellä tai puhelimitse. Samalla voidaan tarkistaa, sopivatko kuntoutuksen ajankohta ja toteuttaja asiakkaalle. Asiakas saa päätöksen kuntoutukseen terveydenhuollon vastaanotolla.

Kuvio 1. Suorapäätös asiakkaan prosessin näkökulmasta.



Asiakasprosessi etenee siten, että vastaanotolla terveydenhuollon edustaja (sairaanhoitaja tai lääkäri) toteaa tarpeen kuntoutuskurssiin, asiakkaalle etsitään kuntoutuskurssi ja arvioidaan, soveltuuko hän sille. Mikäli asiakas soveltuu kurssille, tehdään kuntoutussuositus, mutta asiakkaan näkökulmasta kuntoutus sovitaan saman tien. Paperit etenevät Kelan etuuskäsittelijälle, joka tarkastelee tehtyä suositusta ja tekee varsinaisen päätöksen. Kuntoutuspsykoterapian osalta ennen suosituksen tekemistä tulee toteuttaa

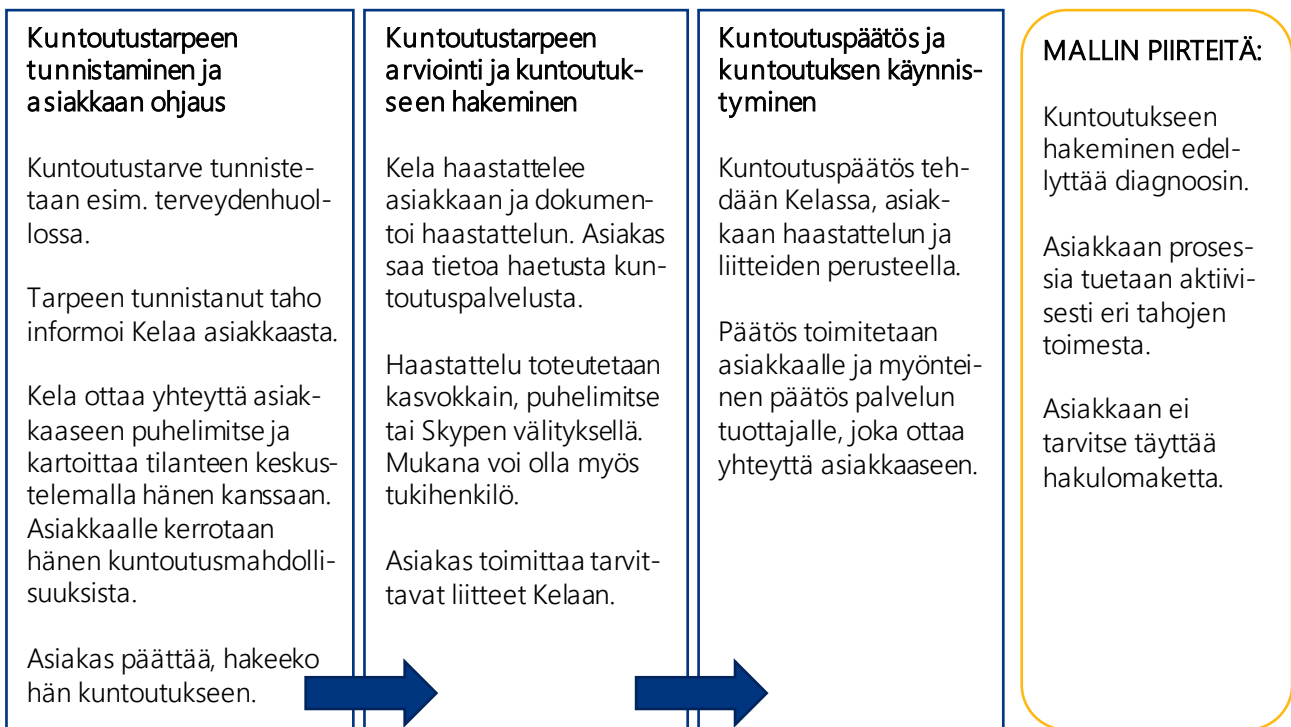
asianmukainen vähintään kolmen kuukauden mittainen hoito ja siihen liittyvä kuntoutus, minkä jälkeen tehdään yksilöllinen kuntoutustarpeen ja soveltuvuuden arvio.

1.2.2 Suullinen hakeminen

Asiakas voi hakea kuntoutukseen suullisen mallin kautta joko siten, että hänellä on kuntoutukseen oikeuttava diagnoosi tai siten, että hänellä ei ole todettua diagnoosia (ks. ilman diagnoosia -malli). Molemmissa tapauksissa suullisen hakemisen prosessi etenee samanlaisten vaiheiden kautta.

Suullisessa hakemisessa on kyse siitä, että asiakas haastatellaan ja samalla hän ilmaisee ääneen hakevansa kuntoutusta. Asiakkaan suullinen hakemus dokumentoidaan. Tämän jälkeen Kelassa tehdään ratkaisu kuntoutuksen prosessin mukaisesti. Edellytyksenä tälle menettelylle on, että asiakas tietää, mitä hän on hakenut ja millä tiedoilla. Hänellä on mahdollisuus saada halutessaan hakemisen yhteydessä antamansa tiedot nähtäväksi. Kela saa riittävät tiedot asian ratkaisemiseksi haastattelun avulla ja asiakas tietää, mitä tietoja hänestä menee päätöksen liitteenä palveluntuottajalle.

Asiakasprosessi etenee siten, että lähettävä taho (mm. terveyden- tai sosiaalihuollon yksikkö, Ohjaamo, etsivä nuorisotyö, oppilaitos) tunnistaa asiakkaan kuntoutustarpeen ja hänet ohjataan Kelaan. Asiakas käy Kelan etuuskäsittelijän kanssa alkukeskustelun ja sen perusteella ilmoittaa halutessaan suullisesti hakevansa kuntoutusta. Kelan etuuskäsittelijä haastattelee asiakkaan ja haastattelu dokumentoidaan. Suullisen hakemisen asiakkaan prosessi on esitetty kuviossa 2 (s. 10).

Kuvio 2. Suullisen hakemisen asiakasprosessi, mikäli asiakkaalla on diagnoosi.

1.2.3 Ilman diagnoosia hakeminen

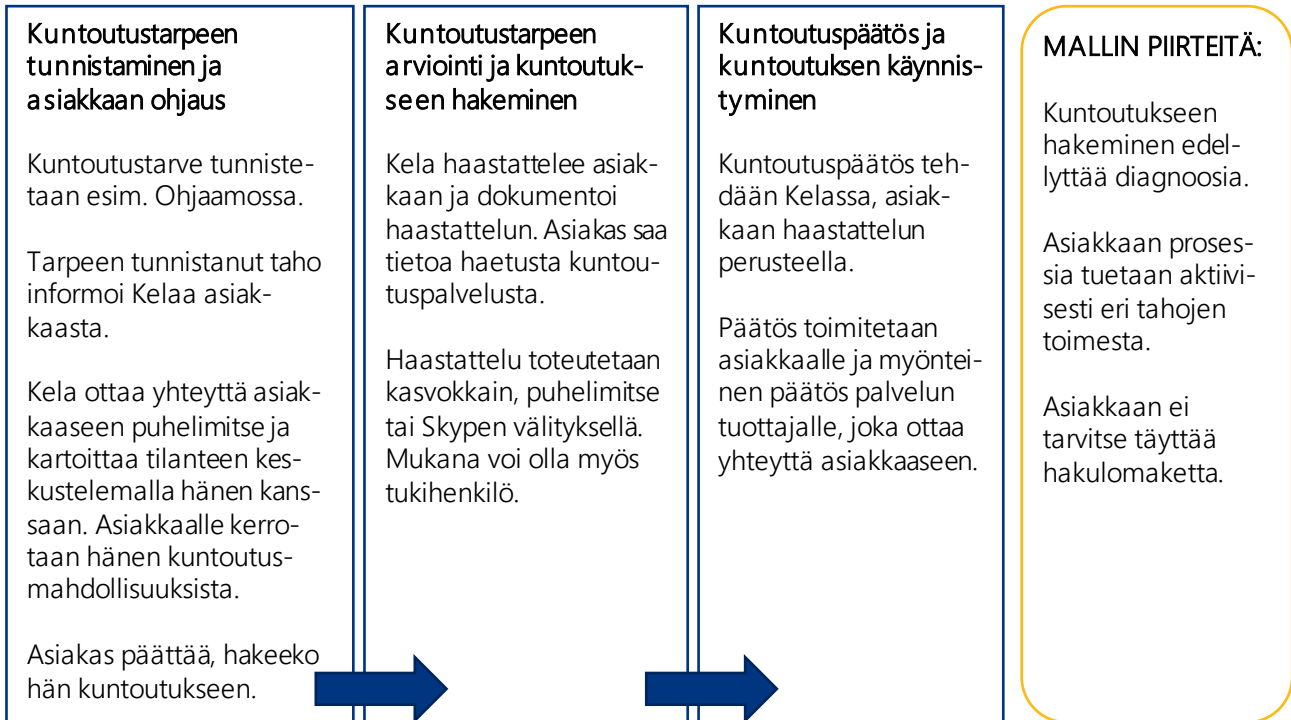
Ilman diagnoosia malliin ohjautuvalla asiakkaalla ei ole todettu kuntoutukseen oikeuttavaa diagnoosia kuntoutukseen hakemisen vaiheessa, eikä kuntoutukselle ole tehty suunnitelmaa. Hakeminen kuntoutukseen tapahtuu suullisen hakemisen mallin mukaisesti.

Asiakas ohjautuu Kelaan kuntoutustarpeen arviointiin oppilaitoksista, Ohjaamoista, TYP:stä (työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelu) tai kuntouttavasta työtoiminnasta. Asiakas ohjautuu Kelaan tilannearvioon ja prosessi etenee suullisen hakemisen mallin mukaisesti. Ilman diagnoosia mallissa asiakkaan ei kuitenkaan tarvitse toimittaa erillisiä liitteitä Kelaan, vaan asiakkaan haastattelu ja sitä varten rakennettu ICF-toimintakykyluokitukseen perustuva haastattelurunko toimivat hakemuksena. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (THL 2018b). Haastattelurungossa on lähtökohtana myös voimavara-
lähtöisyys.

Asiakasprosessi etenee tässä mallissa seuraavalla tavalla. Asiakkaan kuntoutustarve tunnistetaan esimerkiksi Ohjaamossa ja hänet ohjataan Kelaan. Asiakas käy Kelan etuuskäsittelijän kanssa alkukeskustelun ja keskustelun perusteella ilmoittaa halutessaan ääneen hakevansa kuntoutusta. Kelan etuuskäsittelijä

haastattelee asiakkaan ja haastattelu dokumentoidaan. Ilman diagnoosia hakemisen asiakkaan prosessi on esitetty kuviossa 3.

Kuvio 3. Suullisen hakemisen asiakasprosessi, mikäli asiakkaalla ei ole diagnoosia.



Ilman diagnoosia hakemisen malli poikkeaa kahdesta muusta mallista sen suhteen, että siinä tarkastellaan oikeutta kuntoutusetuuteen uudella tavalla. Keskeistä on, että kuntoutukseen hakemisen vaiheessa ei edellytetä diagnoosia etuuden saamiseksi. Kahdessa muussa mallissa oikeus etuuteen määrittyy diagnoosin kautta. Ne myös keskittyvät hakemisen tapaan, ei oikeuden määrittymiseen kuntoutusetuuteen. Vaikka ilman diagnoosia mallissa ei edellytetä diagnoosia, hakemisen yhteydessä tai myöhemmin voi tulla esiin diagnoosi, joka oikeuttaa diagnoosipohjaisiin kuntoutusetuuksiin.

2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

OTE-hankkeen tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kolmen uuden kuntoutukseen hakemisen mallin toteutumista, OTE-kärkihankkeen yhdeksässä alueellisessa kokeiluhankkeessa. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita erityisesti kuntoutuksen päätöksenteosta ja asiakkaan ohjautumisesta kuntoutukseen. Tavoitteena oli kuvata, kuinka hyvin uusien kuntoutukseen hakemisen mallien myötä mahdollistuu nopea

kuntoutukseen pääsy ja matala kynnys. Näitä tarkasteltiin Kelan toimihenkilöiden (etuuskäsittelijät ja asiantuntijalääkäri) sekä alueellisten kokeiluhankkeiden toimijoiden näkökulmista. Asiakkaan kuntoutuspolun näkökulmasta tutkimuksessa tarkasteltiin samaa ajanjaksoa kuin mallien kokeiluissa eli kuntoutustarpeen tunnistamisesta kuntoutuspäätöksen tekoon. Siten tutkimuksen ulkopuolelle rajoutuivat kuntoutuspalvelun tai -kurssin aikainen toiminta sekä niiden jälkeinen aika.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Kuinka päätöksenteko mahdollistuu ja onnistuu kokeiluissa?
2. Millainen merkitys kokeiluilla on asiakasprosessien kulkuun?
3. Millaisia tuen tarpeita on kuntoutukseen ohjautuvilla asiakkailla erityisesti ilman diagnoosia mallissa?
4. Millaisia näkökulmia kokeiluissa tulee esiin päätöksentekoon, asiakkaan ohjautumiseen ja kohderyhmiin liittyen (mm. mikä muuttui ja mikä on tärkeää muuttaa)?

Jokaisesta kokeiltavasta kuntoutukseen hakemisen mallista muodostettiin oma osatutkimus. Osatutkimuksille määriteltiin omat tutkimuskysymykset, joiden kautta saatavan tiedon avulla oli mahdollista vastata tutkimuksen edellä esitettyihin pääkysymyksiin. Osatutkimuksissa kysyttiin seuraavia asioita:

Suorapääätös

- Millaisia kokemuksia terveydenhuollon toimijoilla on kokeilusta?
- Kuinka onnistuneita terveydenhuollossa tehdyt kuntoutussuositukset ovat Kelan toimihenkilön näkökulmasta?
- Kuinka pitkiä kuntoutukseen pääsyn prosessit ovat?
- Kuinka hyvin prosessi tuottaa tietoa palveluntuottajille kuntoutuksen toteuttamisen tueksi?

Suullinen hakeminen

- Millaisia muutoksia Kelan toiminnassa tapahtuu kokeilujen myötä?
- Millainen merkitys mallilla on asiakkaan ohjautumisessa kuntoutukseen?
- Millaisia tuen tarpeita asiakkailla on?
- Kuinka asiakkaat ohjautuvat kuntoutukseen?
- Kuinka prosessin aikana saatava tieto mahdollistaa päätöksenteon?
- Kuinka tavoitteellinen kuntoutus mahdollistuu?

Hakeminen ilman diagnoosia

- Millaisia muutoksia Kelan toiminnassa tapahtuu kokeilujen myötä?
- Millainen merkitys mallilla on asiakkaan ohjautumisessa kuntoutukseen?
- Millaisia tuen tarpeita asiakkailla on?
- Kuinka asiakkaat ohjautuvat kuntoutukseen?
- Kuinka hyvin saatava tieto mahdollistaa päätöksenteon?
- Kuinka tavoitteellinen kuntoutus mahdollistuu?

Tutkimukseen liittyen tehtiin myös ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö Hämeen ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön aiheena oli Ilman diagnoosia malliin ohjautuneiden asiakasryhmien määrittäminen suhteessa ICF-viitekehykseen (Kannisto 2019).

3 Tutkimuksen toteutus

3.1 Menetelmät, työskentelytavat ja sisällöllinen kuvaus

Tutkimuksen aineisto muodostui kokeilujen aikana Kelan etuuskäsittelijöiden täyttämistä tiedonkeruulomakkeista sekä Kelan etuuskäsittelijöiden ja yhteistyötahojen fokusryhmähaastattelusta ja yhdestä yksilöhaastattelusta. Lisäksi aineistona käytettiin kärkihankkeesta ja kokeiluhankkeista olemassa olevaa kirjallista dokumenttiaineistoa (suunnitelmat ja kuvaukset) ja Kelalta saatuja kuvauksia kokeiltavana olevista kuntoutukseen hakemisen prosesseista.

Tiedonkeruulomakkeet rakennettiin kullekin osatutkimukselle (kokeiltavalle mallille) erikseen, yhteistyössä Kelan asiantuntijoiden kanssa. Kelan etuuskäsittelijät täyttivät lomakkeeseen tiedot jokaisen kokeilun kautta tulleen asiakkaan kohdalla, joista käsittelijä teki päätöksen. Lomake oli strukturoitu, jotta siihen vastaaminen oli mahdollisimman nopeaa päätöksenteon ohessa. Lomakkeessa ei kysytty tietoja yksittäisistä asiakkaista, vaan etuuskäsittelijän näkemystä prosessin kulusta ja päätöksenteosta. Alkuperäisenä tavoitteena oli, että tiedonkeruulomakkeiden kautta saataisiin tietoa noin 350 asiakkaan prosessista. Kokeilukohtaisesti kuhunkin yhdeksään alueelliseen kokeiluhankkeeseen odotettiin 15–30 asiakasta.

Ryhmähaastattelut toteutettiin fokusryhmähaastatteluina pääsääntöisesti kokeilujen lopussa eli elokuussa ja syyskuussa 2018. Haastatteluja toteutettiin kaikkiaan 14. Ennakkoon määritellyt teemat ohjasivat keskustelunomaisten haastattelujen kulkua. Haastattelurunko täsmentyi tiedonkeruulomakkeista saatujen alustavien tulosten perusteella. Jokaisen osatutkimuksen (kokeiltavan mallin) osalta haastateltiin edustajat Kelan etuuskäsittelijöistä ja yhteistyötahoilta. Lisäksi toteutettiin yksi Kelan asiantuntijalääkärin yksilöhaastattelu. Haastateltavat yhteistyötahot vaihtelivat sen mukaan, mistä mallista oli kyse. Yhteistyötahoja olivat oppilaitokset, Ohjaamot, TYP-toimijat ja Kuntouttava työtoiminta. Yhteistyötahojen kautta asiakkaat ohjattiin Kelan uusiin kuntoutuksen hakemisen malleihin. Kelan etuuskäsittelijät haastateltiin myös toukokuussa. Suorapäätöksen osalta haastattelu suunniteltiin myös terveydenhuollon edustajien kanssa, mutta se ei onnistunut tutkimuslupaun liittyneiden vaikeuksien vuoksi (ks. 3.4 Tutkimuksen toteutumisen arviointi). Ilman diagnoosia mallissa haastatteluissa oli mukana myös terveydenhuollon edustus.

Fokusryhmähaastatteluissa haastattelujen teemat olivat seuraavat:

- kuntoutussuositusten tietopohja ja onnistuminen (suorapäätös)
- suullisen hakemisen haastattelujen onnistuminen
- asiakkaan ohjautuminen kuntoutukseen
- tapahtuneet muutokset (mm. asiantuntijoiden työskentelyssä).

Fokusryhmähaastattelut tallennettiin ja haastatteluista kirjoitettiin muistiot. Aineisto litteroitiin tarvittaessa osittain, mikäli oli tarvetta tarkentaa joitakin muistioon kirjoitettuja asioita.

Strukturoiduista tiedonkeruulomakkeista saatua tietoa käytettiin kuvailevana aineistona, josta raportoidaan lukumääriä. Fokusryhmähaastatteluista syntynyt aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä. Analyysia syvennettiin tarvittavilta osin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistonkeruu suunniteltiin ja rakennettiin yhteistyössä Kelan kanssa. Yhteenveto aineistosta ja menetelmistä on esitetty taulukossa 3 (s. 15).

Taulukko 3. Aineisto ja menetelmät.

Osatutkimus	Strukturoitu tiedonkeruulomake	Fokusryhmähaastattelut ja yksilöhaastattelu
	Kelan etuuskäsittelijöiden täyttämä	Tutkijaryhmän toteuttama
Suorapäätös	Tiedonkeruulomakkeessa 1 tietorivi/asiakas Kuvaileva analyysi	4 haastattelua: Kelan etuuskäsittelijät (2 haastattelua, toukokuu ja syyskuu 2018) Yhteistyötahon edustaja (1 haastattelu, elokuu 2018) Kelan asiantuntijalääkärin yksilöhaastattelu (1 haastattelu, syyskuu 2018) Haastattelut tallennettu Haastatteluista kirjoitettu muistiot, aineisto litteroitu osittain Teemoittelu ja sisällönanalyysi
Suullinen hakeminen	Tiedonkeruulomakkeessa 1 tietorivi/asiakas Kuvaileva analyysi	4 haastattelua: Kelan etuuskäsittelijät (2 haastattelua, toukokuu ja syyskuu 2018) Yhteistyötahojen edustajat (2 haastattelua, elokuu ja syyskuu 2018) Haastattelut tallennettu Haastatteluista kirjoitettu muistiot, aineisto litteroitu osittain Teemoittelu ja sisällönanalyysi
Hakeminen ilman diagnoosia	Tiedonkeruulomakkeessa 1 tietorivi/asiakas Kuvaileva analyysi	6 haastattelua: Kelan etuuskäsittelijät (2 haastattelua, toukokuu ja syyskuu 2018) Yhteistyötahojen edustajat (4 haastattelua, elokuu ja syyskuu 2018) Haastattelut tallennettu Haastatteluista kirjoitettu muistiot, aineisto litteroitu osittain Teemoittelu ja sisällönanalyysi

3.3 Aikataulu

Tutkimus toteutui ajalla 15.1.–31.12.2018. Tutkimuksen aikataulu on kuvattu taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimuksen aikataulu.

	2018											
Tutkimusprosessin vaihe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Tutkimuksen valmistelu ja organisointi												
1.1 Tutkimuksen alun organisointi ja hallinnan suunnittelu												
1.2 Tutkimusluvut (haastatteluihin)												
1.3 Aineistonkeruun ja aineiston analyysin kokonaissuunnittelu												
1.4 Ohjausryhmän tapaamiset												
2. Aineistonkeruu												
2.1 Tiedonkeruulomakkeet												
2.2 Fokusryhmähaastattelut												
2.3 Valmis kirjallinen dokumenttiaineisto												
3. Aineiston analyysi												
3.1 Aineiston käsittely												
3.2 Analyysin 1. vaihe: Aineiston alustava analyysi kokeilujen aikana												
3.3 Analyysin 2. vaihe: Aineiston kokonaisuuden analyysi												
4. Raportin kirjoittaminen												

3.4 Projektiryhmä ja ohjausryhmä

Tutkimus toteutettiin Hämeen ammattikorkeakoulussa. Projektiryhmään kuuluivat vastaava tutkija (projektipäällikkö), kolme tutkijaa sekä projektikoordinaattori. Projektiryhmä kokoontui kerran kuukaudessa.

Tutkimukselle nimettiin ohjausryhmä Kelasta. Ohjausryhmän kanssa tavattiin viisi kertaa, joiden yhteydessä tutkijat mm. välittivät prosessin aikana tehdyn analyysin tuloksia Kelaan. Ohjausryhmän kanssa arvioitiin yhteistyössä myös hankkeen etenemistä. Kaikkiaan hankkeessa tehtiin tiivistä yhteistyötä Kelan asiantuntijoiden kanssa.

3.5 Tutkimuksen toteutumisen arviointi

Aineistonkeruu käynnistyi suunnitellusti. Tutkimus käynnistyi tammikuussa 2018, jolloin käynnistettiin aineistonkeruudokumenttien työstäminen. Dokumentteja työstettiin yhdessä Kelan asiantuntijoiden kanssa. Tiedonkeruulomakkeiden täyttämisestä järjestettiin koulutus Kelan etuuskäsittelijöille 12.3. ja seuraavana päivänä käynnistettiin aineistonkeruu.

Haastattelujen organisointi toteutettiin hyvässä yhteistyössä haastateltavien tahojen kanssa. Fokusryhmähaastattelujen toteuttamisen mahdollistamiseksi lähestyttiin alueellisten kokeilujen yhdyshenkilöitä ensimmäisen kerran huhtikuussa 2018 sähköpostitse ja puhelimitse. Kun heidät oli tavoitettu, lähetettiin sähköpostitse OTE-hankkeen tutkimusta koskeva infokirje ja alustava kutsu osallistua kokeilukohtaisiin fokusryhmähaastatteluihin. Kaikille haastateltaville esitettiin kohtelias haastattelupyyntö ja annettiin riittävästi tietoa tutkimuksesta. Myöntävä vastaus haastattelupyyntöön oli samalla suostumus tutkimukseen osallistumiselle. Haastattelujen toteuttamista varten haettiin tarvittavat tutkimusluvut.

Ensimmäisessä osatutkimuksessa terveydenhuollon edustajien haastattelujen toteuttamiseksi haettiin tutkimusluvut ko. terveydenhuollon organisaatiolta. Luvan hakeminen, suorapäätöksen osalta kokeilussa mukana olleiden HUSin kahdeksan työntekijän haastattelemiseksi, käynnistyi keväällä 2018. HUSin osalta nimettiin tutkimuksen vastuuhenkilö, joka myös toimitti tarvittavia tietoja Tutkijan työpöytäan (HUS 2018). Tämä on käytäntönä HUSin kaikissa tutkimuksissa. EU:n tietosuoja-asetuksen (General Data Protection Regulation) GDPR-päivitysten takia lomakkeet ja ohjeet menivät joiltakin osin uusiksi. Tieto tästä elokuussa 2018 vaikeutti tutkimusluvan hakemista suunnitellussa määräajassa. HUSin osalta tutkimuslupahakuprosessi päädyttiin keskeyttämään elokuun lopussa 2018, koska prosessia ei ollut mahdollista toteuttaa tutkimuksen aikataulussa. Yhdeksi haasteeksi osoittautui myös, että ohjeistuksissa tutkimusluvan saamiseksi ei tunnisteta yhteiskunta- ja sosiaalitieteellistä lähestymistapaa, joissa tutkimuksellinen intressi liittyy palvelujärjestelmään ja palvelujen kehittämiseen.

Tutkimuslupaprosessien käynnistäminen edellytti paljon taustatyötä, jotta keskeiset avainhenkilöt ja siten myös haastateltavat henkilöt saatiin tunnistettua. Alueellisiin kokeiluihin osallistuneiden, käytännön ohjaustyötä tekevien tavoittaminen, ja tutkimuslupien saaminen kesti myös ennakoitua pidempään.

Tutkimuslupahakemukset lähetettiin alueellisiin kokeiluihin osallistuneille organisaatioille keväällä ja kesällä 2018. Kirjalliset tutkimusluvut fokusryhmähaastattelujen toteuttamista varten saatiin touko–elokuun

2018 välisenä aikana. Organisaatiokohtaisia tutkimuslupia haettiin yhteensä 12 organisaatiosta. Ennen haastattelun toteutusta yhteistyötahoille lähetettiin erillinen kutsu sähköpostitse haastatteluun sekä haastatteluteemat, joista fokusryhmässä oli tarkoitus keskustella. Kalenterikutsussa välittyi myös verkko-tapaamisen (Skype) linkki. Alueellisten toimijoiden kanssa käytiin myös puhelinkeskusteluja sopivan haastatteluajankohdan löytymiseksi. Yhteistyötahojen fokusryhmähaastattelut toteutuivat elo–syyskuun 2018 aikana. Jokaisesta haastattelusta kirjoitettiin muistiot, jotka tarkistettiin analysointivaiheessa tarvittaessa tallenteista. Aineisto-otteita litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti tarvittaessa.

Tutkimuksen toteutuksen aikana luovuttiin alkuperäisestä suunnitelmasta haastatella Kelan yhteistyötahoja loppukeväästä 2018, koska asiakkaiden ohjautuminen etenkin oppilaitoksista oli lähtenyt liikkeelle hitaasti. Osassa alueista ei ollut ohjautunut vielä yhtään asiakasta uusiin kuntoutuksen hakemisen malleihin.

Tutkimus toteutettiin kokonaisuudessaan tarkkuudella ja huolellisesti hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimusaineisto tallennettiin erityistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen tutkimuksen toteuttajan (Hämeen ammattikorkeakoulu HAMK) suojatulle verkkolevylle. Tutkimusaineistoon oli pääsy vain tutkimusryhmään nimetyillä henkilöillä. Tutkimusaineiston käyttöoikeudet olivat tutkimuksen tilaajalla (Kela) ja toteuttajalla (HAMK).

Tutkimusaineisto analysoitiin anonymisti siten, että yksittäisiä henkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa aineistosta. Tulokset raportoidaan myös erityisellä tarkkuudella ja huolellisuudella siten, että yksittäisiä henkilöitä ei voi sieltä tunnistaa.

Hanke toteutui kaikkiaan suunnitellun aikataulun mukaisesti. Sen sijaan osa kustannuksista jäi toteuttamatta. Tämä johtui siitä, että henkilöresursseihin meni kuluja suunniteltua vähemmän. Yhteistyö eri tahojen kanssa toteutui hyvin ja tutkimuksessa saavutettiin sille asetetut tavoitteet.

4 Arvioinnin havainnot

Kokeilujen aluksi oli asetettu tavoitteet sille, minkä verran asiakkaita odotettiin ohjautuvan uusien mallien kautta kuntoutukseen. Yleisenä havaintona kokeiluista voidaan todeta, että asiakasmäärät jäivät huomattavasti ennakoitua pienemmiksi. Kokeiluhankkeet ja niihin ohjautuneiden asiakkaiden määrät on esitetty taulukossa 5 (s. 19) ja asiakasmäärien yhteenveto mallikohtaisesti on esitetty taulukossa 6 (s. 19).

Taulukko 5. Kokeiluhankkeet ja niihin ohjautuneiden asiakkaiden määrät.

	Kokeiluhanke	Kokeiltu malli	Kuntoutuspalvelu	Lähtävä tah	Malliin ohjautuneiden asiakkaiden määrä, suluissa odotettu määrä ^a
OTE 4	Mallit työllistymiseen ja osallisuuteen				
	SATAOSAA – Satakunnan mallit työllistymiseen ja osallisuuteen	Ilman diagnoosia	TEAK	Oppilaitokset	5 (30)
	Keski-Pohjanmaan osatyökykyisille tie työelämään (KP OTE)	Ilman diagnoosia	TEAK	Oppilaitokset	9 (30)
	FOKUS – opinnoista tuetusti työllistymiseen	Ilman diagnoosia	AKSE, TEAK	TYP, Ohjaamo	27 (30)
	Päijät-Hämeen OTE (PÄHEE OTE)	Suullinen hakeminen	TEAK	Oppilaitokset	3 (20)
OTE 7	Polut hoitoon ja kuntoutukseen				
	Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen	Suorapäätös	Tules-kurssit	Perusturva	3 (30)
		Suorapäätös	Mielenterveyskurssit	Terveyskeskus	9 (30)
	Saumaton hoitoketju ja kuntoutuspolku työikäiselle	Suorapäätös	Tules-kurssit	Fysiatrian pkl	1 (40)
	Rivakka Ote!	Suorapäätös	Mielenterveyskurssit	Psykiatrian pkl	10 (30)
		Suullinen hakeminen	AKSE, TEAK, Taito	Psykiatrian pkl	23 (30)
		Suorapäätös	Kuntoutuspsykoterapia	Psykiatrian pkl	17 (30)
		Suullinen hakeminen	Kuntoutuspsykoterapia	Psykiatrian pkl	1 (30)
	Uusi suunta työelämään	Ilman diagnoosia	AKSE	Kuntouttava työtoiminta	8 (30)
	Ote maakunnassa – Polut kuntoon	Suullinen hakeminen	TEAK/työnvalmennus	Oppilaitokset	3 (20)

^a Ajalla 13.3.–31.8.2018 tutkimukselle raportoidut asiakasmäärät.

Taulukko 6. Mallikohtaiset asiakasmäärät tiedonkeruulomakkeissa.

Tiedonkeruulomake	Asiakastapaukset
Suorapäätös	41
Suullinen hakeminen	30
Ilman diagnoosia hakeminen	49
Yhteensä	120

Tiedonkeruulomakkeiden mukaan suorapäätös mallissa kuntoutussuosituksia tehtiin yhteensä 41. Tavoitteena oli 160 asiakasta, joten toteutunut määrä on 26 % kokeilun tavoitteesta. Suullisen hakemisen mallin mukaisia päätöksiä tehtiin kokeilun aikana yhteensä 30. Tavoitteena oli 125 asiakasta, joten tässä toteutunut määrä on 24 % kokeilun tavoitteesta. Ilman diagnoosia mallin mukaisia päätöksiä tehtiin kokeilun aikana yhteensä 49. Tavoitteena oli 120, joten toteutunut määrä on 41 % tavoitteesta. Koska malleihin ohjautui odotettua vähemmän asiakkaita, Kelassa sovittiin, että kuntoutuspsykoterapia-asiakkaat ohjattiin kesäkuusta lähtien suorapäätös malliin suullisen hakemisen sijasta. Näin oli mahdollista saada kokemuksia myös kuntoutuspsykoterapiaan ohjautumisesta. Aineiston odotettua vähäisemmän määrän vuoksi tulosten kvantitatiivinen analyysi toteutettiin kuvailevalla tasolla.

Fokusryhmähaastatteluja toteutui suorapäätös mallissa 3, suullisen hakemisen mallissa 4 ja ilman diagnoosia hakemisen mallissa 6. Haastatteluihin osallistui Kelan etuuskäsittelijöitä sekä yhteistyötahojen asiantuntijoita. Kelan kokeiluihin osallistuneita etuuskäsittelijöitä haastateltiin kaksi kertaa: ensimmäisen kerran kokeilujen alkuvaiheessa toukokuussa 2018 ja toisen kerran elo–syyskuussa 2018. Näin oli mahdollista saada ajantasaista tietoa kevään asiakasprosesseista ja uudelleen syksyn aluksi. Lisäksi suorapäätöksen osalta toteutui Kelan asiantuntijalääkärin haastattelu syyskuussa 2018. Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneiden henkilöiden määrät on kuvattu malleittain taulukossa 7.

Taulukko 7. Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneiden henkilöiden määrä mallikohtaisesti.

Fokusryhmähaastattelut	Haastateltavien määrä
Suorapäätös ^a	7
Suullinen hakeminen	9
Ilman diagnoosia hakeminen	19
Yhteensä	35

a 1 yksilöhaastattelu.

Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneet asiantuntijat kokivat, että kokeiluihin varattu aika oli liian lyhyt (6 kk). Tämä näkyi ennakoitua pienempinä asiakasmäärinä ja asetti myös rajoituksia sille, millaisia ja kuinka laajoja tuloksia oli mahdollista saavuttaa tutkimuksen keinoin. On mahdollista, että pidemmällä kokeilujaksolla malleihin ohjautuneiden asiakkaiden määrä olisi ollut suurempi ja asiantuntijoiden kokemukset niistä olisivat olleet kattavammat.

Seuraavana tarkastelemme tulosten myötä tehtyjä havaintoja jokaisessa mallissa kolmen vaiheen kautta asiakkaan polulla. Ensimmäisenä tarkasteltavana kokonaisuutena on kuntoutustarpeen tunnistaminen, jossa tuodaan esiin havaintoja siitä, kuka, missä ja millä tavalla kuntoutustarve tunnistetaan. Toisena tarkasteltavana kokonaisuutena on kuntoutustarpeen ja tarjolla olevien vaihtoehtojen arviointi. Tässä tuodaan esiin havaintoja siitä mitä ja miten tietoa karttuu eri tahoilta asiakkaan tilanteesta ja kuinka hakeminen tapahtui. Kolmantena tarkasteltavana kokonaisuutena on kuntoutuspäätös. Tässä tuodaan esiin havaintoja siitä asiakkaan polun vaiheesta, jossa kuntoutuspäätös tehdään. Jokaisen kolmen vaiheen kautta muodostuu kussakin mallissa kuva siitä, kuinka hyvin uusien kuntoutukseen hakemisen mallien myötä mahdollistuu asiakkaan nopea kuntoutukseen pääsy ja kuntoutukseen hakemisen matala kynnys.

4.1 Suorapäätös

Kokeiluissa suorapäätöksen lähtökohtana oli, että terveydenhuollon asiantuntija teki alkukartoituksen ja kuntoutussuosituksen asiakkaan kanssa käydyn keskustelun ja muiden tarvittavien taustatietojen perusteella. Vastaanotolla terveydenhuollon edustaja (sairaanhoitaja tai lääkäri) totesi asiakkaan tarpeen kuntoutukseen, yhdessä asiakkaan kanssa etsittiin soveltuva kuntoutuskurssi ja terveydenhuollon edustaja laati kuntoutussuosituksen.

Suorapäätöksen osalta fokusryhmähaastatteluista puuttui terveydenhuollon edustajien näkökulma (ks. luku 3.4). Aineisto edustaa siten Kelan etuuskäsittelijöiden näkemystä mallin toteutumisesta ja terveydenhuollon osalta näkökulmat ovat välittyneet etuuskäsittelijöiden kautta. Tiedonkeruulomakkeissa kysyttiin kuntoutukseen pääsyn ajallista kestoa, mutta nämä tiedot on jätetty raportoimatta. Tämä siitä syystä, että aineistosta ei ollut mahdollista tunnistaa niitä perusteita, joilla prosessin alkamisen ja kuntoutuksen alkamisen päivämäärät oli merkitty. Siten tämä aineisto ei anna luotettavaa kuvaa siitä, mikä aika kului tarpeen tunnistamisesta kuntoutuksen käynnistymiseen.

4.1.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen

Tiedonkeruulomakkeiden mukaan kuntoutusprosessissa päätöksentekoon asti edenneiden asiakkaiden kohdalla kuntoutustarve on, yhtä tapausta lukuun ottamatta, tunnistettu oikeaan aikaan. Siten aineiston

mukaan kuntoutusprosessi on tapahtunut pääsääntöisesti sopivaa ajankohtaan asiakkaan kokonaistilanne huomioiden.

Kuntoutussuositus tehtiin terveydenhuollossa, jolloin kuntoutustarpeen tunnistaminen kokeiluissa tapahtui terveydenhuollon vastaanottokäynnillä. Tämä mahdollisti sen, että kuntoutustarpeen tunnistaminen ja myös kuntoutus oli mahdollista nivoa osaksi asiakkaan prosessia terveydenhuollossa. Kuntoutustarpeen tunnistaminen tässä kohti edellytti sitä, että terveydenhuollon ammattilainen osasi huomioida kuntoutuksen osana asiakkaan kokonaisuutta ja ottaa kuntoutus puheeksi.

4.1.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen

Terveydenhuollossa keskustelu kuntoutuksen tarpeesta ja kuntoutukseen hakemisesta käytiin yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan roolina oli olla aktiivinen osallistuja myös kuntoutukseen ohjautumisessa – tarpeen tunnistamisesta kuntoutussuosituksen tekemiseen asti – osana omaa kuntoutumisen polkuaan. Asiakas oli myös läsnä "päättöksentekopöydän ääressä". Haastateltavien mukaan prosessin nopeus oli yllättänyt asiakkaat ja Kela oli "inhimillistynyt" organisaationa. Myös kuntoutukseen ohjautumisen prosessi oli tullut läpinäkyvämmäksi asiakkaalle.

Terveydenhuollossa käydyn keskustelun tukena täytettiin asiakkaan kanssa kokeiluja varten laadittua hakulomaketta, joka ei kuitenkaan ollut yksinään kaikissa tapauksissa riittävän kattava. Sen sijaan liitteet (esimerkiksi erillinen toimintakykyarvio) tarjosivat tarvittavia lisätietoja. Haastatteluissa tuotiin esiin, että lääkärinlausunnot olisivat voineet olla laajempia. Samalla tuotiin myös esiin, että sairaanhoitaja keskustele paljon asiakkaan kanssa ja tuntee hänet hyvin, paremmin kuin lääkäri. Lomakkeeseen merkittyjen rastien lisäksi sairaanhoitajat olivat täydentäneet tyhjiä kohtia ja kirjoittaneet sinne paljon asiaa. Haastatteluissa pohdittiin, että hoitohenkilökunta voi tietää asiakkaan kokonaistilanteesta paremmin kuin lääkäri, mutta Kela tarvitsee diagnoosin.

Kuntoutustarpeen arvioinnissa tärkeää on monien eri ammattilaisten yhteinen toiminta, josta tässä yhteydessä käytettiin käsitettä moniammatillisuus. Asiantuntijat kokivat, että kokeiluissa moniammatillisuus on tukenut aidosti päätöksentekoa. Moniammatillisuus tässä muodossa sekä kuntoutustarpeen tunnistaminen ja arviointi lähellä asiakkaan hoitoa ovat mahdollistaneet esimerkiksi asiakkaan kuntoutuksen oikea-aikaisuuden.

Asiakkaiden palaute terveydenhuoltokäynnin yhteydessä käynnistyvistä prosesseista oli positiivista. He olivat kertoneet, että olivat saaneet "hyvää kohtelua". Hakemisen näkökulmasta asiakkaiden rooli nähtiin helpommaksi, kun heidän ei tarvitse itsenäisesti etsiä Kelan lomaketta. Tämä voi helpottaa kuntoutukseen hakemista. Aineistossa tuotiin myös esiin itse täytetyn hakemuksen psykologinen merkitys, erityisesti kuntoutuspsykoterapian hakuprosessissa. Täyttäessään itse lomakkeen, asiakas hakee itse terapiaan, mikä voi mahdollistaa paremmin terapiaan sitoutumisen.

Palveluntuottajilta ei tullut palautetta tai lisäkysymyksiä haastatteluihin osallistuneille asiantuntijoille suorapäätösprosessin aikana. Syyksi arvioitiin, että kuntoutuskurssien alussa on esihaastattelu, jossa voidaan tehdä täydentäviä tai tarkentavia kysymyksiä.

4.1.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen

Asiakkaan näkökulmasta kuntoutuspäätös tehtiin terveydenhuoltokäynnin yhteydessä, kun taas järjestelmän näkökulmasta terveydenhuollossa tehtiin vasta alustava kuntoutuspäätös (kuntoutussuositus), jonka Kelan etuuskäsittelijä myöhemmin vahvisti. Päätöstä ei Kelan toimesta näissä kokeiluissa lähdetty muuttamaan, vaan terveydenhuollossa tehty päätös vahvistettiin. Terveydenhuollon edustajilla oli mahdollisuus konsultoida Kelaa suositusta tehdessään, mutta aineiston mukaan tätä mahdollisuutta ei kokeiluissa käytetty.

Aineistosta tulee esiin, että teknisesti kuntoutuspäätökset tehtiin Kelassa samalla tavalla kuin aiemminkin. Sen sijaan päätöksentekoon liittyvä prosessi poikkesi tavanomaisesta. Kelan normaaliprosessi sisältää postitse toimitetut hakemuslomakkeet ja liitteet, jotka skannataan työjonoon. Työjonosta hakemukset käsitellään saapumisjärjestyksessä. Nyt tiedot toimitettiin salattuna sähköpostina, jotka käsiteltiin heti saapumisen jälkeen. Haastatteluissa myös pohdittiin, että tällainen toimintatapa ei ehkä olisi mahdollista jatkossa ilman Kelan sisäisten käytäntöjen muuttamista. Koettiin myös, että asiakkaiden tasa-arvon vuoksi tulisi hakemusten jättäminen ja käsittely olla yhdenmukaista eri tukimuodoissa.

Tiedonkeruulomakkeisiin vastanneiden mukaan kaikkien asiakkaiden kohdalla prosessi oli edennyt sujuvasti ja joustavasti. Kokeilujen positiivisena seurauksena asiakkaalle nähtiin myös se, että hän pääsee suuremmalla todennäköisyydellä haluamalleen kurssille. Normaalikäytännössä kurssi voi prosessin viipyyessä jo täytyä, kun kurssin valinta tapahtuu vasta myöhemmässä vaiheessa. Nyt kurssi oli mahdollista

valita jo terveydenhuollon vastaanottokäynnillä, kuntoutussuosituksen tekemisen yhteydessä. Ongelmallisena nähtiin, että varsinaiseen kuntoutukseen (erityisesti kuntoutuskurssit) ei aina pääse kuitenkaan nopeammin, vaikka päätöksenteon prosessi olisi nopeutunut. Kuntoutuksen käynnistymisen näkökulmasta prosessin nopeudessa nähtiin siten vielä haasteita. Palvelua tai kurssia joutuu odottamaan joko palveluntuottajista johtuvista syistä tai asiakas on itse valinnut palvelun, joka alkaa vasta pitkän ajan kuluttua.

Kuntoutuspsykoterapiaa lukuun ottamatta Kelassa olisi päädytty samoihin ratkaisuihin kuin terveydenhuollossa. Kuntoutuspsykoterapiassa osaan ratkaisusta olisi pyydetty lisäselvityksiä ennen myöntävää päätöstä.

4.2 Suullinen hakeminen ilman diagnoosia ja diagnoosin perusteella

Suullinen hakeminen oli kuntoutukseen hakemisen tapana niille henkilöille, joilla oli taustalla kuntoutukseen oikeuttava diagnoosi sekä myös niille, joilla ei ollut hakuvaiheessa diagnoosia. Tässä luvussa tuodaan esiin yhteisiä havaintoja molempien asiakasryhmien osalta. Tekstiin on merkitty erikseen ne huomiot, jotka koskevat erityisesti diagnoosipohjaisia prosesseja. Ilman diagnoosia hakemisen osalta kuvataan sitä koskevat erityiset havainnot luvussa 4.3.

4.2.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen

Kuntoutustarpeen tunnistaminen tapahtui kokeiluissa eri ammattilaisten toimesta, mm. sosiaali-ohjaajat, palveluohjaajat, koulukuraattorit, opinto-ohjaajat ja myös nuorisopsykiatrian poliklinikka. Kaikki henkilöt, joilla todettiin kuntoutuksen tarve, eivät soveltuneet kokeiluihin ja osa henkilöistä ohjattiin muihin meillä oleviin Kelan hankkeisiin (esim. NEET 2018). Kokeilujen aikana eri toimijat kantoivat vastuuta siitä, että henkilöt ohjattiin oikean palvelun piiriin. Kokeilujen aikana tuli joitakin keskeytyksiä ja syyksi arvioitiin, että nämä asiakkaat olivat lähteneet prosessiin liian varhaisessa vaiheessa. Ilman suullisen hakemisen mallia, asiakkaiden ohjautuminen kuntoutukseen olisi ollut vaikeaa 55 % tapauksista (N = 17). Kolmen henkilön kohdalla ohjautuminen kuntoutukseen ei olisi ollut vaikeaa ilman uutta mallia ja 35 % tapauksista (N = 11) tämä asia ei ollut arvioitavissa.

Asiakkaita ohjattiin kokeiluihin oppilaitoksista odotettua vähemmän. Syyksi arvioitiin oppilaitosten mahdollisia vaikeuksia tunnistaa kuntoutustarve. Tunnistamisvaikeuksien ohella vähäisen ohjautumisen

syyksi arvioitiin myös epäselvyyttä oppilaitosten ammatillisten toimijoiden keskinäisestä työnjaosta. Ei ollut selkeää määrittelyä siitä, kuka olisi aloitteellinen opiskelijan asiassa. Kokeilun ajankohta osui joidenkin oppilaitosten näkökulmasta myös huonoon aikaan. Tiedottamista olisi oppilaitoksissa voinut tehdä, mutta kesäloma aiheutti katkoksen oppilaitosten toimintaan. Hankeaika oli lyhyt ja kesäloman jälkeen ei nähty enää ajankohtaiseksi tiedottaa opiskelijoita kokeiluista, koska kokeilut olivat jo loppumassa. Kokeiluille toivottiin jatkoa oppilaitoksista. Haastatteluissa ehdotettiin seuraavia keinoja, jotka voisivat parantaa ohjausta oppilaitoksista:

- selkeän vastuuhenkilön määrittelemine oppilaitoksessa
- opiskelijat mukaan jo aikaisemmassa vaiheessa prosessia
- ohjeistus tunnistamiseen.

Suullisen hakemisen kokeilun käynnistyminen vei yhteistyötahoilta odotettua enemmän aikaa. Aloitus viivästyi monella ja vasta hankkeen päättyessä olisi ollut malleihin ohjattavia asiakkaita. Hankkeen alussa oli vaikea löytää osallistujia esimerkiksi mielenterveyskursseille. Hankeaikaa kritisoitiin myös tässä yhteydessä liian lyhyeksi.

Tavallisesti asiakkaat joutuvat etsimään ja hakemaan itsenäisemmin palveluita, mutta kokeilun myötä on menty kohti asiakkaiden aktiivista tunnistamista ja etsimistä. Haastatteluissa tuli esiin, että asiakkaiden näkökulmasta kuntoutukseen hakeminen voi sisältää monia vaiheita, jotka edellyttävät heidän omaa aktiivisuutta sekä voimavaroja. Lomakkeen täyttämiseen ryhtyminen voi vaatia ponnistelua ja sen jälkeen itse lomakkeen täyttäminen sekä sen postittaminen ovat kaikki omia vaiheitaan. Suullinen hakeminen yksinkertaisti asiakkaan prosessia, madalsi kynnystä hakemiseen sekä helpotti ja nopeutti hakemista. Kokeiluissa hakeminen tapahtui keskustelun aikana joko puhelimitse tai tapaamisen aikana ja tarvittavat tiedot saatiin yhdessä täytettyä lomakkeeseen. Haastatteluissa arvioitiin suullisen hakemisen tarjoavan paremman mahdollisuuden kuulla asiakasta ja huomioida asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti. Asiakkaille tarjottiin myös vaihtoehtoja, kuten kuinka hän haluaa hakemisessaan edetä ja kuinka paljon hän tarvitsee aikaa harkitsemiseen.

Diagnoosipohjaisessa suullisen hakemisen mallissa asiakkailla oli kokeiluissa selkeä lääketieteellinen lähtökohta. Työllistymisen näkökulmasta tukea toimijuudelle tarvittiin sosiaalisissa taidoissa, kyvyissä ilmaista itseään ja toiminnan ohjauksessa. Osalla asiakkaista oli kuntoutustuki taustalla (osa-työkykyisyys,

diagnosoitu keskivaikea kehitysvammaisuus). Kuntoutukseen ohjautumisen prosessin kannalta koettiin tärkeänä, että asiakas itse haluaa sitoutua prosessiin.

4.2.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen

Suullisen hakemisen asiakasohjausprosessi toi Kelan etuuskäsittelijän työhön osittain uudenlaisia sisältöjä. Asiakasohjausprosessi edellytti alkuvalmisteluja ja ajan sopiminen asiakkaan kanssa vaati joskus useita yhteydenottoja. Haastattelu vei aikaa yhdestä kahteen tuntia ja se toteutettiin valmiin lomakkeen mukaisesti.

Kelan etuuskäsittelijöiden työssä tapahtunut muutos koettiin hyvänä. Työskentelystä tuli mielekkäämpää. Aikaisemmin päätökset ovat perustuneet papereihin, nyt tehtiin aitoa asiakastyötä ja suullinen hakemus tarjosi asiakkaalle mahdollisuuden kuvata omaa elämäntilannettaan. Osa haastatteluista tehtiin kasvokkain, osa puhelimitse ja osa Skypeä (Skype for Business) käyttäen. Skype koettiin toimivana välineenä. Kokeilut tuottivat etuuskäsittelijöille mahdollisuuden saada kokonaisvaltaista tietoa asiakkaiden elämäntilanteista. Kokeilujen aikana joustavasti toimiva Kela "sai myös kasvot" muihin toimijoihin ja asiakkaisiin päin.

Kelan sisäistä prosessia pidettiin selkeänä. Se työstettiin ennen kokeiluja yhdessä ja siitä laadittiin selkeä kuvaus ja käyttöä ohjaava ohjeistus. Kokeiluissa mukana olleet Kelan etuuskäsittelijät työskentelivät kokeilun ohella myös Kelan normaalien asiakasprosessien parissa ratkaisten työjonosta itselleen käsittelyyn tulleita asioita. Kokeilujen aikana ajankäyttö tuotti haasteita ja kokemus oli, että käytännön pysyvä muutos edellyttäisi mm. oman ajan hallinnan opettelua. Tuotiin myös esiin, että toimintaan tulisi resursoida organisaation tasolla.

Tiedonkeruulomakkeiden mukaan, diagnoosipohjaisissa hakuprosesseissa, lähes kaikkien malliin ohjautuneiden asiakkaiden kohdalla haastattelu toteutui sujuvasti. Vain yhdessä tapauksessa näin ei tapahtunut. Valmis lomakepohja helpotti haastattelua ja sen avulla saatiin riittävästi tietoa päätöksenteon tueksi niissä tapauksissa, joilla oli taustalla kuntoutukseen oikeuttava diagnoosi. Tutkimushaastatteluissa tuotiin esiin tarve muokata lomaketta. Osassa kysymyksistä oli toistoa ja osan esittäminen tuntui joistakin haastatteluja tehneistä etuuskäsittelijöistä vaikealta. Kaikkiaan haastattelu koettiin joka tapauksessa asiakaslähtöisenä toimintana.

Diagnoosipohjaisessa prosessissa moniammatillista yhteistyötä tehtiin alkukartoituksessa, jossa mukana olivat esimerkiksi sosiaalityöntekijä, lääkäri ja Kelan työntekijä. Tiedonkeruulomakkeista saatujen vastausten perusteella vain yhden asiakkaan kohdalla kuntoutustarpeen arviointi ei toteutunut eri alojen asiantuntijoiden yhteistyönä.

Suullisen hakemisen prosessi tuotti ajantasaista tietoa asiakkaista ja tarjosi hyvän mahdollisuuden kuntoutuksen oikea-aikaiseen toteuttamiseen yhdessä eri toimijoiden kesken. Kelan tekemän yhteistyön nähtiin toteutuvan moneen suuntaan aiempaa paremmin: 1) Asiakkaan kanssa, koska hänen kanssaan käytiin aitoa vuoropuhelua hakuvaiheessa ja 2) eri ammattiryhmien kanssa, koska yhteistyö muuttui aiempaan verrattuna vastavuoroisemmaksi. Kokeiluissa asiakas sai haastatteluissa tukea eri tahoilta mm. kuraattorilta tai vanhemmiltaan.

4.2.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen

Päätöksen tekeminen koettiin sujuvana. Joidenkin asiakkaiden kohdalla uuden lääkärinlausunnon saaminen pitkitti ohjautumista diagnoosiin perustuvassa prosessissa.

Moniammatillinen työskentely tuki päätöksentekoa. Haastatteluissa tuotiin esiin, että hakuprosessin aikana asiakkaista kertyy tietoa eri ammattilaisille, jotka voivat monipuolistaa ja rikastaa päätöksenteossa tarvittavaa tietoa asiakkaasta ja hänen tilanteestaan. Kertynyttä tietoa kannattaa jakaa, jolloin asiakkaan ei tarvitse aina aloittaa kerrontaa alusta omasta tilanteestaan ja elämästään.

Tiedonkeruulomakkeiden mukaan, diagnoosipohjaisessa prosessissa, jokaisen asiakkaan kohdalla haastattelu ja lääkärinlausunto tuottivat riittävästi tietoa päätöksentekoa varten. Tietoa arvioitiin myös saadun riittävästi palveluntuottajaa varten. Etuuskäsittelijät arvioivat, että jokaisessa asiakastapauksessa kuntoutukseen ohjautuminen oli tapahtunut sujuvasti. Kaikkiaan ammatilliseen kuntoutukseen ohjautuminen suullisen hakemisen menettelyllä oli haastatteluun osallistuneiden mielestä loistava mahdollisuus. Haastateltavat harmittelivat sitä, että kokeiluista jäi pois psykoterapiaan hakeminen suullisesti.

4.3 Ilman diagnoosia hakeminen

4.3.1 Kuntoutustarpeen tunnistaminen

Ilman diagnoosia hakeminen tarjosi nopean, helpon ja asiakasystävällisen tavan päästä kuntoutukseen. Tärkeäksi nähtiin, että kuntoutukseen hakeutuminen oli vapaaehtoista ja henkilö sai itse tehdä päätöksen osallistumisestaan.

Moni ilman diagnoosia malliin ohjautuneista oli 18–23-vuotiaita nuoria. Kaikkiaan ikäjakauma ulottui 60-vuotiaisiin asti. Kuntoutukseen oli mahdollista hakea tämän mallin kautta, mikäli henkilöllä ei ollut kuntoutukseen oikeuttavaa diagnoosia hakutilanteessa. Kokeiluihin ohjautuneista osalla todettiin jokin diagnoosi prosessin edetessä, mikä aiheutti hämmennystä joillakin asiakaita lähettävillä tahoilla. He pohivat sitä, voiko uuteen malliin ohjata, mikäli on todettavissa jokin diagnoosi. Kuntoutukseen hakeminen toteutettiin suullisen hakemisen menetelmällä.

Ilman diagnoosia mallissa yhdeksi keskeiseksi vaiheeksi asiantuntijat kokivat puhelinsoiton Kelan työntekijälle. Haastatteluissa tuotiin esiin, kuinka helppoa on saada yhteys Kelaan ja, että on kuin "lottovoitto" saada Kelan työntekijä esimerkiksi koululle.

Oppilaitoksissa ohjaus kuntoutukseen tapahtui monenlaisten käytäntöjen kautta. Ohjaus toteutui moniammatillisena yhteistyönä oppilashuollossa, hyvinvointitiimissä tai esimerkiksi opiskelijan elämäntilanteen hyvin tuntevan kuraattorin, erityisopettajan, terveydenhoitajan, opinto-ohjaajan tai ryhmänohjaajan toimesta.

Oppilaitoksista ohjautuneiden, valmistumassa olevien, nuorten taustalla oli monenlaisia tilanteita. Osalla työssäoppimisjaksot olivat keskeytyneet tai jääneet käymättä ja osalla opintojen eteneminen oli hidastunut tai erityisesti valmistumista koskeva motivaatio puuttui. Lisäksi haastatteluissa arvioitiin, että opiskelijan ulkomaalaistausta oli osalla vaikeuttanut paikan löytymistä työssäoppimisjaksoa varten. Syiksi arvioitiin erilaisia ennakkoluuloja. Kokeilujen avulla oli mahdollista tukea valmistumista ja tulevaa työllistymistä. Joillakin nuorilla ammatillisen oppilaitoksen viimeinen työssäoppimisjakso oli ollut huono kokemus, mistä oli seurannut jännittämistä ja pelkoja työelämää kohtaan.

TYP:stä ja Ohjaamoista ohjautuneista nuorista monilla oli esimerkiksi ammatillisten opintojen keskeytymiä yhden tai useamman kerran, osa ei ollut hakeutunut peruskoulun jälkeisiin opintoihin ja sen vuoksi

heillä ei ollut ammatillista tutkintoa. Monella oli motivaation puutetta ja epätietoisuutta omasta elämänsuunnastaan. Myönteisenä yllätyksenä nähtiin, että päihteiden väärinkäyttö ei ollut malliin ohjautuneiden nuorten keskuudessa erityisen laaja ongelma. Moni nuorista oli täysin raittiita, ”kilttejä ja kunnollisia nuoria”, kuten työntekijä kuvasi työttömiä nuoria. Joillakin oli esimerkiksi taiteellisia erityislahjakkuuksia. Pitkäaikaistyöttömien keskuudessa sen sijaan päihdeongelmat ja mielenterveysongelmat olivat yleisempiä ja tuen tarve oli suurta. Työttömyys nähtiin kuntouttavasta työtoiminnasta ja työkokeilusta ohjautuneita henkilöitä yhdistävänä tekijänä.

Ohjautumisen taustalla olevia elämäntilanteisiin ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä olivat mm:

- elämänhallinnan ja arjenhallinnan ongelmat, kuten vuorokausirytmiin liittyvät ongelmat
- toiminnan ohjaukseen liittyvät ongelmat, saamattomuus tarttua asioihin
- erilaiset sosiaaliseen kanssakäymiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat
- tukiverkoston tarve
- oppimisvaikeudet, keskittymisen vaikeudet
- yksinäisyys, arkuus, joillakin taustalla koulukiusaamista
- motivaation puute, kiinnostuksen puute, harrastusten ja kavereiden puute
- haluttomuus sitoutua mihinkään, myöskään palveluihin
- arkuutta hakea työpaikkoja ammatillisesta oppilaitoksesta valmistumisen jälkeen
- riippuvuudet, kuten peliriippuvuus ja päihteet
- mielenterveysongelmat, ahdistuneisuus ja masentuneisuus, jotka eivät yllä Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteereihin (ohjattu muihin palveluihin ja esim. terveyskeskukseen).

Ohjaus ja tuki nähtiin tärkeäksi elementiksi opiskelijoille koko opintojen ajan. Tämä voisi ehkäistä opintojen keskeyttämistä ja turvata samalla opintojen jatkamista. Haastateltavat arvioivat, että nykyään korkeakouluopiskelijan tulee keskeyttää opinnot, ennen kuin saa tukea. Lisäksi nähtiin tarpeelliseksi, että olisi nimetty yhteyshenkilö sekä oppilaitoksessa että Kelassa, jolloin työnjako olisi selkeää ja yhteistyö sujuvaa.

Asiakkaiden elämäntilanteista ja tuen tarpeista saatiin kokonaisvaltaisempi kuva suullisessa menettelyssä verrattuna vakiintuneeseen menettelyyn kuntoutukseen ohjautumisessa. Kokeiluun osallistui myös eri-

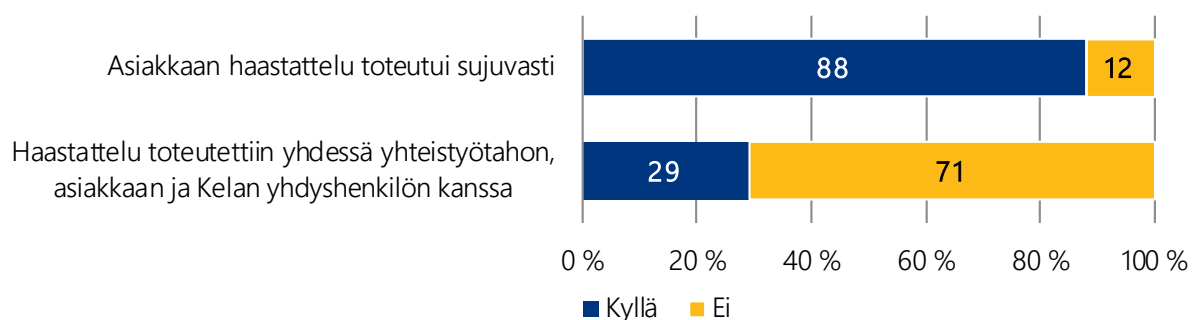
tyisoppilaitoksia, joissa monella oppilaalla oli diagnoosi ja esimerkiksi pysyvä eläke. Tämän vuoksi erityisoppilaitokset jäivät sivuun ilman diagnoosia hakemisen mallista. Jotkut henkilöt myös peruivat osallistumisensa kokeiluun ja joitakin henkilöitä katosi prosessin aikana.

4.3.2 Kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutukseen hakeminen

Kelan etuuskäsittelijä toteutti prosessiin liittyviä asiakashaastatteluja jalkautumalla esimerkiksi oppilaitokseen tai toteuttamalla haastattelun Kelan toimistolla. Osa haastatteluista tehtiin Skypen välityksellä, mikä koettiin toimivana ratkaisuna. Haastattelut veivät välillä paljon aikaa. Tähän vaikutti esimerkiksi se, että mukana ei ollut lääkärinlausuntoa tai muita liitteitä ja tietoja asiakkaiden tilanteista. Haastattelun kautta pyrittiin kartoittamaan asiakkaan tilannetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aikaa kului myös asiakkaiden tavoittamiseen puhelimitse. Tavoittaminen saattoi vaatia useita puhelinsoittoja.

Suullisen hakemisen mallissa asiakashaastattelut toteutuivat sujuvasti ja pääsääntöisesti asiakkaan ja Kelan etuuskäsittelijän välillä (kuvio 4). Suullisen hakemisen haastattelut toteutuivat sujuvasti 88 % (N = 43) tapauksista. Haastattelut eivät toteutuneet sujuvasti 12 % (N = 6) tapauksista. Haastattelu toteutettiin yhdessä yhteistyötahon, asiakkaan ja Kelan yhdyshenkilön (etuuskäsittelijä) kanssa 29 % (N = 14) tapauksista. 71 % (N = 35) tapauksista haastattelu toteutettiin asiakkaan ja etuuskäsittelijän välillä. Vaikka suullisen hakemisen haastattelut toteutuivat pääsääntöisesti kahden kesken asiakkaan ja etuuskäsittelijän välillä, kuntoutustarpeen arviointi kuitenkin toteutettiin useamman ammattilaisen kesken. Kuntoutustarpeen arviointi toteutettiin eri alojen asiantuntijoiden yhteistyönä 84 % (N = 41) tapauksista. 16 % (N = 8) tapauksista moniammatillisuus ei toteutunut tarpeen arvioinnissa.

Kuvio 4. Asiakashaastattelun toteutuminen.



Mikäli suullisen hakemisen haastattelussa oli mukana yhteistyötahon edustaja eli nk. tukihenkilö (erityisopettaja, nuorisotyöntekijä), mukana oli työntekijä, joka oli työskennellyt jo pidempään asiakkaan

kanssa. Toisinaan mukana oli myös muita asiakkaalle läheisiä tukihenkilöitä, kuten huoltaja. Osa asiakkaista oli selkeästi hyötynyt tukihenkilön mukanaolosta, koska tukihenkilö oli voinut kertoa jo ennen tapaamista koko prosessista ja siitä, mitä haastattelussa tulisi tapahtumaan.

Asiakkaiden motivointi koettiin välillä haastavana. Asiakkaat eivät olleet välttämättä osanneet ajatella kuntoutuksen mahdollisuutta ja he eivät itse kokeneet tarvitsevansa kuntoutusta, koska heillä ei ollut mitään diagnoosia. Jotkut työntekijät päätyivät tämän vuoksi käyttämään kuntoutuksen käsitteen sijasta palvelun käsitettä.

Ilman koulutusta ja työtä olevat nuoret olivat ohjautuneet ensisijaisesti Ohjaamojen, etsivän nuorisotyön ja TYP:n sekä alueellisen kokeilun moniammatillisen työryhmän kautta. Esimerkiksi Oulussa moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat terveydenhoitaja, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja osan aikaa sosiaalityöntekijä, olivat tehneet kuntoutukseen ohjautumisen prosessia varten moniammatillisen yhteenvedon, joka oli ollut Kelan käytettävissä. Osana ohjautumisen prosessia he olivat jalkautuneet kuntouttavan työtoiminnan ja työkokeilun paikkoihin ja tavanneet siellä asiakaskuntaa 1–2 kertaa viikossa 2–3 tuntia kerrallaan.

Asiantuntijoiden mukaan ilman diagnoosia hakeminen madaltaa asiakkaiden kuntoutukseen ohjautumista. Tämä tuli esiin erityisesti Ohjaamojen ja TYP:n näkökulmasta. Myös ammatillisten oppilaitosten (ja yksi korkeakoulutuksen edustaja) työntekijät kokivat, että tämä on tärkeä matalan kynnyksen väylä tukena valmistumiseen ja työpaikan saamiseen.

4.3.3 Kuntoutuspäätöksen tekeminen

Kokeiluissa asiakkaat olivat ohjautuneet ammatilliseen kuntoutusselvitykseen sekä työllistymistä edistävään ammatilliseen (TEAK) kuntoutukseen. Vakiintuneessa kuntoutusmenettelyssä päätös ammatilliseen kuntoutukseen¹ edellyttää lääkärin diagnosoimaa vammaa tai sairautta. Prosessi lähtee yleensä liikkeelle lääkärinlausunnosta, jossa suositellaan kuntoutusta. Nyt kuntoutuspäätös tehtiin Kelassa harkinnanvaraisena päätöksenä ammatilliseen kuntoutukseen. Kuntoutukseen ohjautumiseksi asiakkaan ei tarvinnut hakeutua lääkärin vastaanotolle ja saada B-lausuntoa hakuprosessia varten.

¹ Kelasta ammatillinen kuntoutus on suunnattu opiskelijoille, työelämässä alle viisi vuotta työskennelleille ja alan vaihtajille. Pidempään työelämässä olleiden osalta ammatillisesta kuntoutuksesta vastaa Työeläkelaitos.

Tiedonkeruulomakkeiden perusteella 84 % (N = 41) vastanneista koki, että haastattelut tuottivat riittävästi tietoa päätöksen tekemistä varten. Haastattelujen lisäksi viiden asiakkaan kohdalla olisi tarvittu myös lääketieteellinen selvitys ja kolmen asiakkaan kohdalla jonkin muun asiantuntijan arvio. Tiedon nähtiin kertyvän hyvin myös palveluntuottajille kuntoutuksen toteuttamisen tueksi. Vastaajista 78 % (N = 38) koki tämän toteutuvan hyvin. Kaikkiaan 78 % (N = 38) etuuskäsittelijöistä koki, että ilman diagnoosia mallissa asiakkaan ohjautuminen kuntoutukseen toteutui sujuvasti. 16 % (N = 8) tapauksista ohjautuminen ei ollut sujuvaa ja 6 % (N = 3) tapauksissa tämä ei ollut arvioitavissa.

5 Pohdinta

Kolmen uuden mallin kokeiluja on pidetty hyvinä ja tervetulleina kuntoutuksen kentällä. Ne mahdollistavat uudenlaisen ajattelun kuntoutukseen hakemisessa sekä uudenlaisen tavan toimia niin asiakkaiden, yhteistyötahojen kuin myös Kelan osalta. Kokeilut ovat tuoneet nämä toimijat lähemmäksi toisiaan. Kokeilut rajautuivat vain tiettyihin vaiheisiin asiakkaan kuntoutusprosessia, kuntoutustarpeen tunnistamisesta kuntoutuspäätöksen tekemiseen. Siten tarkastelun ulkopuolelle, myös tutkimuksessa, rajautui aika kuntoutuspäätöksen tekemisen jälkeen. Aineistosta tehtyjä havaintoja suhteessa tutkimuskysymyksiin ja asiakkaiden kokonaisprosessiin on pohdittu seuraavana.

5.1 Toimintakyky ja toimijuuden tukeminen

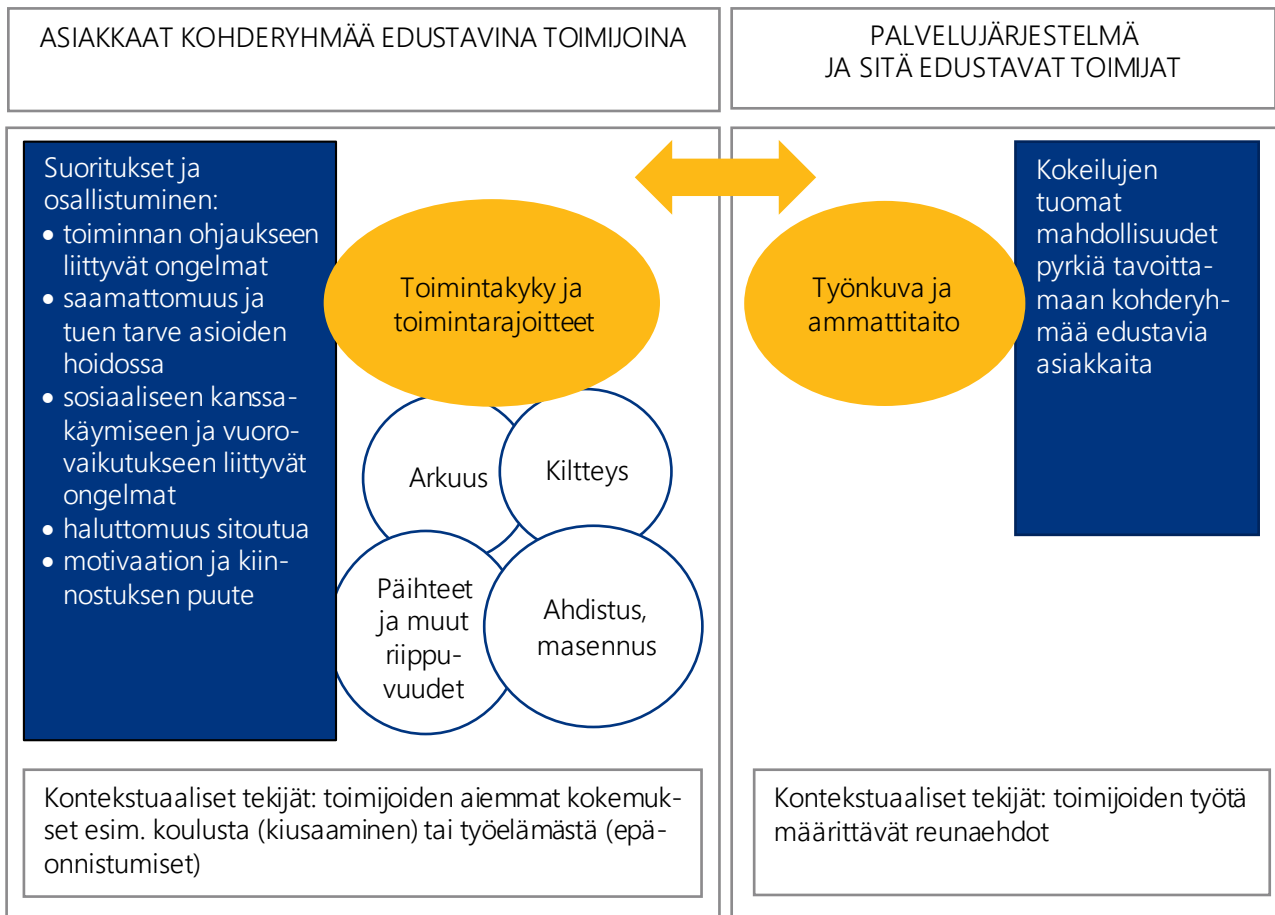
Kokeiluissa kuntoutustarpeen arviointi pohjautuu kansainväliseen ICF-viitekehykseen, jossa toimintakyky ja toimintarajoitteet ymmärretään moniulotteisena, vuorovaikutuksellisenä ja dynaamisena tilana, joka koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Myös tässä raportissa on tarkastelun lähtökohdaksi otettu ICF-luokitus, jossa toimintakykyä määrittävät tekijät on jaoteltu seuraavasti: ruumiin ja kehon toimintoihin, suorituksiin ja osallistumiseen, ympäristötekijöihin sekä yksilötekijöihin. Yksilötekijöiksi määritellään mm. ikä, sukupuoli, elämäntyyli, tavat, koulutus ja ammattitaito. Näitä ei ole kuitenkaan laajan sosiaalisen ja kulttuurisen vaihtelun vuoksi luokiteltu. ICF-toimintakyky-luokitus on kehitetty ja sitä käytetään eri syistä palvelujärjestelmää lähestyvän tai sen palveluiden piirissä olevan ihmisen toimintakyvyn arvioimiseen esimerkiksi hänen tarvitsemiensa palveluiden tarjoamiseksi.

Lähtökohdiltaan luokitus monipuolisuudessaan pyrkii varmistamaan sen, että henkilö, jonka toimintakykyä arvioidaan, tulee mahdollisimman kokonaisvaltaisesti nähdyksi. Parhaimmillaan hän osallistuu oman toimintakykynsä arviointiin kaikissa arvioinnin vaiheissa aktiivisesti. Asetelma on kuitenkin se, että toinen asettuu arvioitavaksi ja toinen arvioi. Osan tästä asetelmasta tuottaa palvelujärjestelmä, jonka edustajana ICF-luokitusta käyttävä ammattilainen toimii.

Ilman diagnoosia- ja suullisen hakemisen malliin ohjautuneita asiakkaita ja heidän elämäntilanteitaan koskevia kuvauksia on tarpeen tarkastella rinnakkain työntekijöiden omaa työtään koskevien pohdintojen kanssa (kuvio 5, s. 34). Tämä tutkimus kohdistuu keskeisesti erityisesti päätöksentekoprosessiin ja toimijoiden vuorovaikutukseen prosessin aikana: ihmisten kohtaamisiin. Näiden kohtaamisten taustalle piirtyy aineistolähtöisesti kuvaa toimijoista. Saadaksemme esiin prosessin dynamiikan kannalta keskeisiä asioita, hyödynnämme ICF-toimintakykyluokitusta sekä sen taustalla vaikuttavaa teoreettista ajattelua tietoisella väljyydellä. Perusteluna valitulle tarkastelutavalle voidaan nähdä OTE-kärkihankkeelle ja sen mukaisille kokeiluille asetetut tavoitteet koskien yhteiskunnallista osallisuutta (vrt. STM 2018c). Tavoitteiden saavuttamisessa keskeistä on kuntoutusta hakevan henkilön ja hänen kanssaan yhteistyötä tekevien ammattilaisten yhteistyö.

Ilman diagnoosia malliin ohjautui pääosin 18–23-vuotiaita nuoria, joiden toimintakyvyn haasteet ja toimintarajoitteet kohdistuivat erityisesti suorituksiin ja osallistumiseen. Yksittäisiä mainintoja haastatte- luissa olivat kiltteys, arkuus, päihteet ja muut riippuvuudet sekä mielenterveysongelmat, kuten ahdistus ja masennus. Myös STM:n julkaiseman 100 nuorta kehittäjä -raportin (Björklund ym. 2018) mukaan nuorten viesti psykososiaalisen tuen palvelupakettiin on ollut, että he tarvitsevat tukea elämän perus- hallintaan. Mielen hyvinvointi tulee saada keskiöön. Lisäksi nuoret ovat nostaneet esiin, että rinnalle tulee saada luotettava, pysyvä ja välittävä aikuinen ja erilaisiin valintoihin, siirtymiin ja tulevaisuuden pohdintaan tulisi saada riittävästi tukea. Nuoret tarvitsevat myös uusia väyliä löytää kavereita ja toisten seuraa. Tuki ja tarjonta pitäisi myös saada esille ja nuorten luokse. Kelan uusilla kuntoutukseen hakemi- sen malleilla on mahdollista edetä suuntaan, jossa asiakkaan prosessi on aiempaa tuetumpi ja myös lähempänä hänen omia arkiympäristöjään.

Kuvio 5. Asiakkaat ja heidän elämäntilanteet suhteessa työntekijöiden pohdintaan omasta työstään.



OTE-kärkihankkeen toteutumisesta saatujen ennakkotietojen mukaan työntekijöiden koulutukseen on panostettu vahvasti eri osahankkeissa. Koulutusten sisällöissä on painotettu mm. toimintakykyajattelun ICF-pohjaista vahvistamista. Lisäksi hankkeissa on pilotoitu erilaisia mittareita ja välineitä, jotka osaltaan tukevat kuntoutukseen ohjausta tarvitsevan henkilön tunnistamista sekä asian puheeksi ottamista. Nämä OTE-hankkeen toiminnot vahvistavat osaltaan mahdollisuuksia siihen, että kokeilun aikana rajatulle asiakaskunnalle mahdollistettu kuntoutukseen ohjautumistapa olisi jatkossa monialaisesti toimivan yhteistyöverkoston tietoperustan vahvistumisen myötä asiakkaiden yhdenvertainen oikeus.

Kuntoutus- ja työllistämisyjärjestelmässä, väliinputoamisen näkökulmasta, ilman diagnoosia ohjautumisen malli tarjoaa yhden palvelun, jonka avulla etenkin kokeilujen kohteena olleiden nuorten asiakkaiden toimijuutta tuetaan kuntoutuksen avulla. Samalla löydetään aitoja toimintamahdollisuuksia myös valmistumisen jälkeen työelämään siirtymiseksi. Mallin vahvuus on siinä, että se lähentää kuntoutuspolitiikan työllisyys- ja aktivointipolitiikkaan. Kuntoutukseen ohjautuminen ei lähde liikkeelle ensisijaisesti työelämässä mukana olevien tarpeista, vaan on ollut kokeilussa osa yhteispalveluja (Ohjaamot, TYP:t).

Ilman diagnoosia malli muuttaa kuntoutusajattelun suuntaa terveyttä ja toimintakykyä edistäväksi. Tarve aktivointi-, kuntoutus- ja työkykypoliitikkojen integroinnille on tunnistettu monissa tutkimuksissa (esim. Saikku ym. 2017, 43). Paikallistasolla, erityisesti työllisyyden hoidossa on pitkäaikaisia ja toistuvia pyrkimyksiä monialaisen yhteistyön kehittämiseksi. Kansainvälisesti sekä Suomessa hyvin dokumentoitu ja käytännössä usein toimivaksi todettu yksilöllisen tuen malli, tuettu työllistyminen, voisi tarjota kiinnostavia mahdollisuuksia vastata esimerkiksi oppilaitosten tarpeisiin tunnistaa eri syistä tukea tarvitsevat nuoret ajoissa ja kyetä nimeämään tietty vastuuhenkilö. Malli soveltuu hyvin ICF-viitekehyksen hyödyntämiseen, koska tarvittavaa tukea lähdetään määrittelemään toimintakyvyn mukaan ja tähän edetään vasta sitten, kun on tiedossa, minkälaiset asiat henkilö itse kokee tavoittelemisen arvoisiksi omassa elämässään. (Vates 2018; Euse 2018).

Lyhyt kokeilu-aika näkyy erityisesti saaduissa määrällisissä tuloksissa. Vaikka ohjautuneiden asiakkaiden lukumäärä jäi ennakoitua pienemmäksi, on kokeilujen avulla voitu saavuttaa erityisesti nuoria ja pitkäaikaistyöttömiä. Kokeilut sijoittuivat etenkin oppilaitosten lukuvuosikellon kannalta hankalaan kohtaan, kun keväällä ei ole välttämättä ollut riittävästi aikaa valmistella kuntoutukseen ohjautuvia. Valmistuvia ei tavoitettu riittävän nopeasti tämän kokeilun aikana. Tiedossa on, että yhdellä alueella oli samanaikaisesti menossa myös vastaavantyyppinen hanke, johon kuntoutuksellista tukea tarvitsevia opiskelijoita oli ohjattu ensisijaisesti. Muita aineistossa esiintyviä syitä ohjautumattomuudelle olivat kiire oppilaitoksissa ja ammatillisen koulutuksen uudistus. Esimerkiksi pitkät työssäolojaksot ennen valmistumista hankaloittavat ohjaamista, kun kontakti oppilaitokseen on vähäisempi ja mahdollisista työssäoppimisen aikana esille tulleista ongelmista ei välttämättä ole ajantasaista tietoa. Yhteistyökumppaneiden aktiivisuus oli myös ratkaisevassa asemassa, miten verkosto ohjaa asiakkaita tuen piiriin. Kelan osalta tiedottaminen oppilaskohtaisesti olisi voinut lisätä tietoisuutta kokeilusta.

Siitä huolimatta, että asiakkaita ohjautui kokeiluihin odotettua vähemmän, tarve erityisesti ilman diagnoosia mallille on tunnistettu alueellisissa kokeiluissa. Haastatellut Ohjaamojen, TYP:n ja oppilaitosten edustajat näkevät tämänkaltaisen mallin tarpeelliseksi pysyvänä käytäntönä. Mallin kohderyhmää olisi hyvä laajentaa myös opintojen varhaisemmassa vaiheessa oleviin opiskelijoihin, koska varhaisen puuttumisen toimintatapa ennalta ehkäisisi keskeyttämisistä ja mahdollistaisi riittävän tuen saamisen aikaisemmassa vaiheessa opintoja.

5.2 Matala kynnys osallisuudella, tuella ja hakuprosessia helpottamalla

Terveydenhuollossa tehty kuntoutussuositus mahdollistaa sen, että kuntoutukseen hakeminen on asiakkaalle aiempaa sujuvampaa. Siten kuntoutukseen hakemisessa aiemmin asiakkaan kannalta vaivalloiseksi osoittautunut vaihe korvautuu helpommalla vaihtoehdolla ja samalla asiakkaan rooli muuttuu osallistuvammaksi, koska hän on mm. läsnä päätöksenteon hetkellä. Kuntoutukseen ohjautumisen hetkellä asiakas ei jää yksin ja hänellä on mahdollisuus olla niin aktiivinen kuin haluaa tai pystyy. Kynnys madaltuu ja ohjaus kuntoutukseen on sujuvaa ja oikea-aikaista, mikäli terveydenhuollossa osataan ottaa kuntoutus puheeksi.

Malleihin sisältyvissä toimintatavoissa asiakas on osallistettu osaksi omaa prosessiaan. Erityisesti suullinen hakeminen lisää vuorovaikutusta asiakkaan kanssa ja vahvistaa asiakkaan osallisuutta. Suullisessa hakemisessa (sekä diagnoosipohjainen että ilman diagnoosia) kuntoutukseen hakemisessa aiemmin asiakkaalle mahdollisesti haastava vaihe korvautuu helpommalla vaihtoehdolla. Kelan lomakkeiden etsiminen, niiden täyttäminen ja lähettäminen on voinut aiemmin nostaa kynnystä hakea kuntoutukseen. Nyt tämä vaihe tehtiin helpommaksi ja asiakkaan polkua myös tuettiin aktiivisesti niin lähettävän tahon kuin myös Kelan työntekijän toimesta. Hakuprosessi oli myös asiakkaalle läpinäkyvä ja luottamuksen rakentuminen asiakkaan ja ammattilaisten välille osoittautui tärkeäksi osaksi kokonaisuutta. Kuntoutuksen tarve oli myös mahdollista tunnistaa monessa paikassa, myös lähellä ihmisten omaa toimintaympäristöä (oppilaitokset, Ohjaamot). Tässä kohtaa haasteeksi osoittautui se, kuinka kuntoutustarve tunnistetaan ajoissa niissä paikoissa, joissa ei ole tähän valmiita toimintamalleja, kuten oppilaitoksissa. Näille tahoille tulisi varmistaa tähän riittävä tuki sekä osaaminen ja resurssit.

Ilman diagnoosia mallissa, asiakkaiden lähtökohta kuntoutuksen polkuun oli erilainen kuin diagnoosipohjaisissa suullisen hakemisen kokeiluissa. Kuntoutukseen hakemisen kynnyksen näkökulmasta keskeiseksi tässä osoittautui se, että kuntoutusmotivaation herättäminen ja sen ylläpitäminen sekä kuntoutuksen merkityksen ymmärtäminen voi osoittautua paikoin haastavammaksi kuin asiakkailla, joilla on jokin kuntoutukseen oikeuttava diagnoosi. Kun asiakkaalla ei ole erityistä kuntoutukseen oikeuttavaa diagnoosia, henkilö ei ole vielä järjestelmän piirissä ja perinteisesti lääketieteelliseen vikaan, vammaan ja sairauteen yhdistetty kuntoutus ei välttämättä tunnu henkilön omasta mielestä ajankohtaiselta. Näiden asiakkaiden saaminen kuntoutumisen polulle voi siis osoittautua haastavaksi erityisesti asiakkaiden tavoitettavuuden ja motivaation näkökulmista.

Ilman diagnoosia mallin erityisyys tuli kokeiluissa esiin mallin kohderyhmän kautta. Kohderyhmä on Kelalle uusi ja se edellyttää myös uudenlaisia toimintatapoja. Siinä missä suorapäätösuosituksen ja suullisen hakemisen osalta puhutaan uudenlaisesta kuntoutuksen hakemisen toteutuksesta, ilman diagnoosia mallissa kyse on siitä, millä perusteilla henkilö on oikeutettu Kelan kuntoutusetuuteen. Huomio kiinnittyy erityisesti käsitteiden käyttöön ja siihen, millainen merkitys käsitteillä on asiakkaan kuntoutukseen hakemisen kynnykseen. Vääränlaisten käsitteiden käyttö voi luoda väärän kuvan hyvästä tarkoituksesta, kuntoutumisesta. Ilman diagnoosia mallissa lähtökohtana on ICF-pohjainen toimintakyvyn arviointi, joten itse diagnoosin puuttumisen korostaminen voidaan nähdä jo lähtökohtaisesti perinteisenä diagnoosipohjaisena ajatteluna, josta olisi hyvä luopua. Kuntoutuksen tuomiseksi lähemmäksi asiakasta voisi olla hyödyllistä korostaa toimintakykyä ja puhua esimerkiksi toimintakykylähtöisestä mallista. Samoin olisi hyvä miettiä, puhutaanko näissä tilanteissa kuntoutuksesta vai kenties esimerkiksi elämänhallinnan tukemisesta. Käsitteen haasteellisuus konkretisoitui mm. asiakkaita lähettäneiden yhteistyötahojen hämmennyksenä siitä, että ilman diagnoosia malliin ohjautuneilla asiakkailla oli todettavissa jokin diagnoosi prosessin edetessä. Sen täsmentäminen, että kyse ei ole diagnoosin puuttumisesta, vaan laajasta toimintakyvyn käsitteestä, voisi selkeyttää myös yhteistyötahojen ajattelua.

Näyttää siltä, että kaikissa malleissa kuntoutukseen hakemisen kynnystä on madaltanut se, että Kelan on koettu tulleen lähemmäksi niin yhteistyötahoja kuin myös asiakkaita. Yhteistyö on mahdollistunut aiempaa paremmin ja asiakkaat ovat päässeet keskusteluyhteyteen Kelan työntekijöiden kanssa, erityisesti suullisen hakemisen mallissa. Asiakaslähtöisen toimintatavan vastaparina on kuitenkin järjestelmän maailma, jossa toimintatapojen muutokset edellyttävät rakenteellisia muutoksia niin työtapoihin kuin myös tiedonkulkuun. Tässä tutkimuksessa Kela edustaa järjestelmän maailmaa. Vaikka malleissa on päästy lähelle sitä, että asiakas osallistetaan ja hän tulee kuulluksi, vastapainona ovat järjestelmän sisään rakentuneet toimintaprosessit ja -tavat, jotka osaltaan voivat estää asiakkaan kokonaisprosessin sujuvoitumisen. Tietojen liikkuminen tai kuntoutuspäätöksen tekeminen voi esimerkiksi edellyttää sellaisia vaiheita, joiden muuttamiseksi tarvitaan järjestelmän sisäisiä muutoksia.

Järjestelmän edellyttämien toimintaprosessien sujuvoittaminen osoittautui kokeiluissa tärkeäksi kokonaisuudeksi. Yksi mahdollisuus on hyödyntää digitalisaation tuomia mahdollisuuksia, jotta esimerkiksi kynnys kuntoutukseen hakemiseen olisi mahdollisimman matala. Haastatteluissa tuotiin esiin, kuinka suullisen hakemisen osalta saattoi mennä yllättävän paljon aikaa esimerkiksi haastattelujen toteuttamiseen, mukaan lukien asiakkaiden tavoittamiseen kulunut aika. Tarpeen tunnistamisen ja kuntoutukseen

hakemisen erilaiset digitaaliset ja tekoälyyn pohjautuvat ratkaisut voivat nopeuttaa tätä vaihetta ja toisaalta myös madaltaa kynnystä hakea kuntoutukseen. Moni voisi kokea tällaiset tervetulleina mahdollisuuksina. Tulokset osoittivat myös, että erityisesti ilman diagnoosia mallin ohjautuneilla asiakkailla on tarvetta myös kasvokkain tapahtuvaan, ohjattuun hakemiseen. Monilla asiakkailla oli erityisesti suoritukseen ja osallistumiseen liittyviä haasteita. Tarvitaan monenlaisia vaihtoehtoja toteuttaa kuntoutukseen hakemisen eri vaiheita.

Asiantuntijoiden koulutuksella on merkitystä kuntoutusta tarvitsevien henkilöiden tunnistamisessa ja ohjaamisessa. Tässä mielessä koulutuspoliittisesti mielenkiintoinen uudistus on kuntoutus-, tuki- ja ohjauspalvelujen erikoisammattitutkinto, jonka perusteet ovat tulleet voimaan 1.8.2018. Tutkinnon suorittanut voi toimia asiantuntijana asiakkaan kuntoutus-, tuki- ja ohjauspalvelujen toimintaympäristössä ja palvelujärjestelmässä. Yhtenä tutkinnon kolmesta valinnaisesta osaamisalasta on työvalmennus. (Opintopolku 2018.)

Kaikkiaan kuntoutukseen hakemisen matalan kynnyksen näkökulmasta kokeiluissa on menty kohti asiakkaan aktiivista tunnistamista ja ohjaamista sen sijaan, että asiakas ”ajelehtisi” järjestelmässä yksin. Näyttää siltä, että mallien myötä asiakkaasta ja hänen ohjaamisestaan kuntoutukseen otetaan aiempaa suurempi vastuu asiantuntijoiden taholta ja asiakas myös otetaan aktiivisemmaksi osaksi omaa prosessiaan.

5.3 Asiakkaan kuntoutuspolku nopeutuu osittain

Suorapäätöksen osalta kuntoutuspolku tarpeen tunnistamisesta Kelan kuntoutuspäätöksen tekemiseen näytti nopeutuvan. Tavallisesti Kelan prosessi sisältää vaiheita, jotka tässä kokeiluissa jäivät pois. Nopeutumiseen vaikutti myös se, että asiakkaalla oli suurempi todennäköisyys päästä haluamalleen kurssille, koska sen pääsi valitsemaan jo hakuvaiheessa heti terveydenhuollon vastaanotolla. Haastavaksi osoittautui, että vaikka päätöksenteon prosessi nopeutui, itse kuntoutus ei välttämättä käynnistynyt aiempaa nopeammin. Tämä voi johtua joko siitä, että asiakas itse valitsee pitkän ajan päästä alkavan kuntoutuksen tai siitä, että palvelua joutuu odottamaan palveluntuottajista johtuvista syistä. Näissä tilanteissa uuden mallin pohjalta on mahdollista nopeuttaa asiakkaan kuntoutuspolkua tiettyyn rajaan asti, kuntoutustarpeen tunnistamisesta kuntoutuspäätöksen tekoon asti. Tällöin kokonaisprosessi ei välttämättä nopeudu.

Suullisen hakemisen osalta oli havaittavissa, että päätöksentekoa nopeutti erityisesti Kelan oma sisäinen, selkeä prosessi. Prosessista laadittiin selkeä kuvaus ja käyttöä ohjaava ohjeistus, joka työstettiin yhdessä. Sen sijaan itse haastattelujen toteuttaminen ja asiakkaiden tavoittaminen eivät ajallisesti aina nopeuttaneet kokonaisuutena prosessiin kuluvaan aikaan. Asiakkaan polkuun kuluvaan aikaan saattoi vaikuttaa nopeuttavasti se, että tavallisesti voimia vaativat vaiheet korvautuivat helpommalla toteutuksella eli suullisen haastattelun kautta. Sen sijaan erityisesti ilman diagnoosia ohjautuneita asiakkaita tuli tavoittaa ja motivoida kuntoutukseen, mikä vei aikaa. Toisaalta, kun asiakasryhmät saatiin tavoitettua, oli tärkeää hoitaa prosessi nopeasti, jotta motivaatio saatiin säilymään. Tämä tuotti työntekijöille haastavia työn suunnittelun kysymyksiä, koska kokeiluun osallistumisen ohella työntekijät ratkaisivat myös Kelan tavanomaisen prosessin mukaan työjonoista käsiteltäväksi nousseita hakemuksia.

Ilman diagnoosia -mallissa yhdeksi merkitykselliseksi asiaksi polun nopeutumisen näkökulmasta osoittautui se, että tavallisesti vaadittava diagnoosin hakeminen jäi prosessista pois. Diagnoosin hakeminen edellyttäisi mahdollisesti useita lääkärissä käyntejä ja kenties monia tutkimuksia ennen kuin mahdollinen diagnoosi oikeuttaisi kuntoutukseen pääsyn.

Asiakkaan polun nopeutumiseen näyttäisi vaikuttavan myös se, missä määrin yhteistyötahojen ja Kelan uusien toimintatapojen vakiintuminen on mahdollista. Uudenlaiset kuntoutukseen hakemisen mallit edellyttävät uudenlaista ajattelua toiminnan tasolla ja uusia toimintamalleja. Esimerkiksi oppilaitoksissa on tärkeää varmistaa riittävät resurssit ja riittävä ohjeistus, jotta kuntoutustarpeen tunnistaminen mahdollistuu riittävässä määrin. Tarve kuitenkin tämänkaltaiselle toiminnalle on vahvasti todettu. Samoin tulee mahdollistaa vastuuhenkilön nimeäminen, joka ottaa kopin asiakkaita ohjaavilla tahoilla. Samoin Kelan sisällä uudet mallit edellyttävät uudenlaisia toimintamalleja erityisesti etuuskäsittelijöille. Yhtä lailla myös siellä tulee varmistaa riittävät resurssit, osaaminen ja riittävä aika mm. uusien asiakasryhmien kanssa toimimiseksi.

6 Johtopäätökset

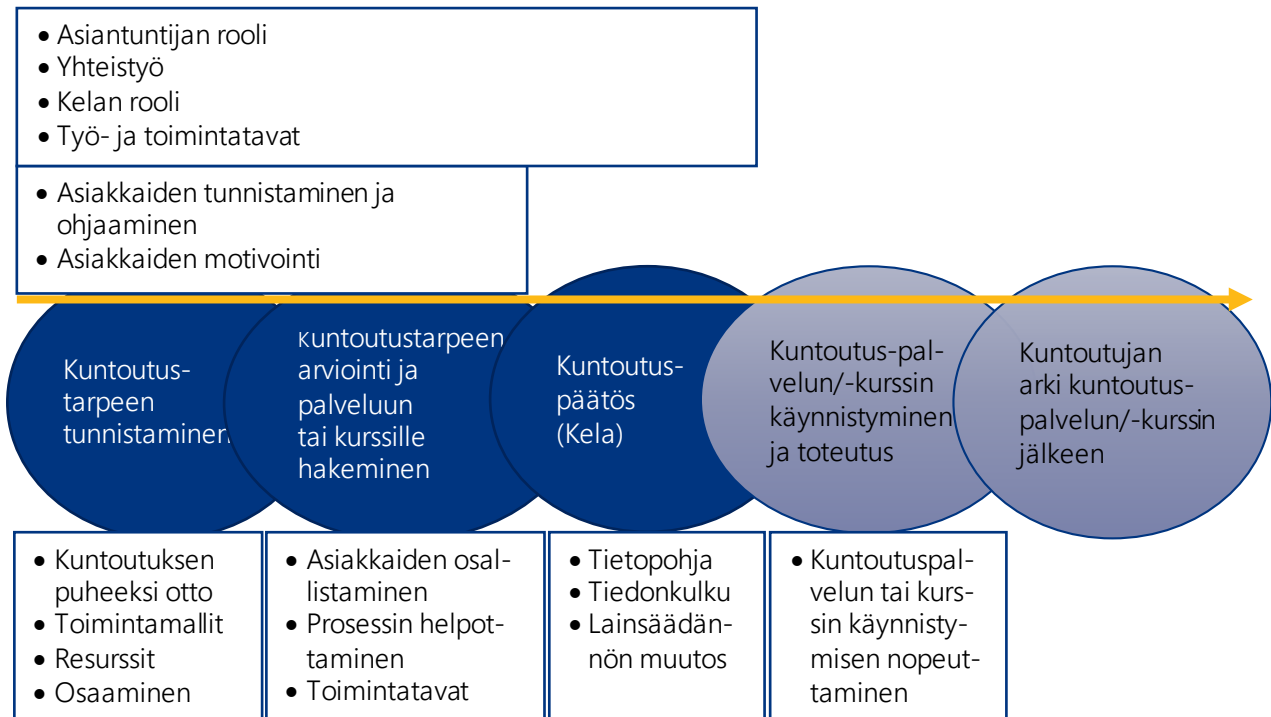
Johtopäätökset perustuvat sidosryhmien asiantuntijoiden, Kelan etuuskäsittelijöiden ja asiantuntijalääkärin haastatteluihin, heidän näkemyksiinsä kokeiluista sekä kerätystä lomakeaineistosta. Tutkimuksen rajoituksena on, että kokeilut eivät saavuttaneet arvioitua volyymiä asiakasmäärissä ja kaikki kokeiluihin osallistuneet tahot eivät osallistuneet haastatteluihin.

Uusien kuntoutukseen hakemisen mallien myötä asiakkaan kuntoutuspolku nopeutuu osittain. Kuntoutukseen hakemisen ja kuntoutuspäätöksen tekemisen nopeutuminen tulee mahdolliseksi, mutta esimerkiksi suorapäätös mallissa kuntoutuskurssi ei välttämättä käynnisty aiempaa nopeammin. Tällöin osa asiakkaan prosessissa nopeutuu, mutta se ei välttämättä nopeuta asiakkaan kokonaisprosessin kestoa. Myös uudenlaiset asiakasryhmät, ilman diagnoosia mallin myötä, edellyttävät sellaisia työ- ja toimintamalleja, joiden avulla tavoitetaan asiakkaat oikea-aikaisesti ja kohtuullisessa ajassa sekä saadaan riittävä tieto päätöksentekoa varten. Ilman riittäviä työ- ja toimintamalleja, asiakkaan kokonaispolku voi pitkityä.

Mallien myötä mahdollistuu kuntoutukseen hakemisen matala kynnyks. Matala kynnyks mahdollistuu kuntoutustarpeen tunnistamisessa, koska tarpeen tunnistaminen tapahtuu ihmisen arkiympäristöissä, niissä paikoissa, joissa ihminen liikkuu ja jotka ovat osa ihmisten arkea (mm. oppilaitokset, Ohjaamot, TYP, terveydenhuolto). Tarpeen tunnistamisen mahdollistuminen edellyttää kuitenkin usean asian ratkaisemista, kuten riittävät toimintamallit, osaaminen ja resurssit. Matala kynnyks myös kuntoutustarpeen arvioinnissa ja kuntoutukseen hakemisessa mahdollistuu, koska hakemisen prosessista on tehty asiakkaalle helpompi ja se on tuetumpaa.

Uusissa malleissa asiakkaan kuntoutuspolun nopeutumiseen ja kuntoutukseen hakemisen matalan kynnyksen mahdollistamiseen voivat vaikuttaa monet asia. Kuviossa 6 (s. 41) on esitetty niitä asioita, jotka osoittautuivat tämän tutkimuksen valossa keskeisiksi kokeilluissa malleissa. Jokaisen vaiheen kohdalla on esitetty niille keskeisiä huomioita (kuvion alapuoli) ja lisäksi on esitetty eri vaiheille yhteisiä huomioita (kuvion yläpuoli). Asiakasprosessin eri vaiheista tummalla on merkitty ne, jotka sisältyivät toteutettuihin kokeiluihin ja vaalealla ne vaiheet, jotka olivat kokeilujen ulkopuolella.

Kuvio 6. Kelan uusissa kuntoutukseen hakemisen malleissa huomioitavia asioita asiakkaan kuntoutumisen prosessin näkökulmasta.



Kuntoutustarpeen tunnistamisessa olennaiseksi osoittautui yhteistyötahojen erilaiset valmiudet tähän tehtävään. Valmiuksia tulee kehittää, jotta mahdollistuu oikea-aikainen ja sujuva kuntoutustarpeen tunnistaminen. Ensinnäkin, kuntoutuksen puheeksi otto on keskeistä kaikissa niissä paikoissa, joissa on tarkoituksena ohjata asiakkaita kuntoutukseen. Sujuva tarpeen tunnistaminen edellyttää kuntoutuksen puheeksi ottoa oikeassa paikassa. Toiseksi, tulee rakentaa riittävät toimintamallit niille tahoille, joiden odotetaan tunnistavan kuntoutustarve (mm. oppilaitokset). Toimintamalli voi sisältää esimerkiksi vastuuhenkilön nimeämisen ja sen määrittelyn, kuinka tarpeen tunnistamisen prosessi etenee organisaatiossa. Kolmanneksi, tulee varmistaa riittävät resurssit tarpeen tunnistamiseen. Uusien toimintamallien rakentaminen edellyttää panostusta erityisesti alkuvaiheessa ja uudenlaiset tehtävät voivat myös tarkoittaa lisätyötä asiantuntijoiden perustehtävään. Neljänneksi, tulee varmistaa asiantuntijoiden riittävä osaaminen. Uusien mallien myötä mukana voi olla toimijoita, joiden perustehtävään kuntoutustarpeen tunnistaminen ei ole välttämättä aiemmin kuulunut.

Kuntoutustarpeen arvioimisessa ja kuntoutukseen hakemisessa korostuu asiakaskeskeisyys. Tämä saavutettiin kokeiluissa hyvin. Ensinnäkin, on tärkeää osallistaa asiakkaat omaan prosessiinsa monin eri tavoin. Tämä tarkoitti kokeiluissa asiakkaan osallisuutta niin hänen vaikutusmahdollisuuksiensa lisäämisenä kuin

myös prosessin läpinäkyvyytenä. Kokeiluissa hakijalla oli mm. mahdollisuus vaikuttaa siihen, kuinka paljon tukea hän tarvitsi prosessin aikana tai millaisilla keinoilla yhteydenotot ja keskustelut tapahtuivat (puhelin, Skype, kasvokkain tapaaminen). Toiseksi, hakemisen vaiheiden helpottaminen madaltaa kynnystä hakea kuntoutukseen. Kuntoutukseen hakeminen on koettu monella tavalla vaikeaksi ja monimutkaiseksi ja joidenkin vaiheiden poisjäänti helpottaa prosessia. Kolmanneksi, asiantuntijoiden riittävä osaaminen esimerkiksi uudenlaisten asiakasryhmien kanssa toimimiseen mahdollistaa matalan kynnyksen kuntoutukseen hakemiseen ja myös riittävän tietopohjan saamisen kuntoutuspäätöksen tekemistä varten. Esimerkiksi kokeiluissa käytetty motivoiva ja kannustava puhe koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi.

Kuntoutuspäätöksen suhteen keskeisiä ovat ne tekijät, jotka toisaalta mahdollistavat asiakkaan kuntoutumisen kannalta oikeanlaisen päätöksen ja myös ne prosessit, jotka mahdollistavat sujuvan päätöksen tekoprosessin. Ensinnäkin, tulee saavuttaa riittävä tietopohja, jotta kuntoutuspäätöksen tekeminen mahdollistuu. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä asiakkaita ohjaavien tahojen ja Kelan välillä sekä myös Kelan ja asiakkaan välillä, mutta myös riittävät työvälineet tiedon keräämiseksi (suullisen hakemisen haastattelurunko/-lomake) ja asiantuntijoilta riittävää osaamista. Toiseksi, vaikka sujuva kuntoutukseen ohjautuminen edellyttää toimintamallien muutosta monessa suhteessa, asiakkaan kokonaisprosessin nopeutuminen järjestelmän kannalta edellyttää suorapäätöksessä myös lainsäädännön muutosta. Kokeiluissa kuntoutuspäätös tehtiin järjestelmän mukaan Kelassa. Jotta virallinen päätös voidaan tehdä jo terveydenhuollossa, edellyttää se lainsäädännön muutosta. Kolmanneksi, tiedonkulku tulee mahdollistaa myös nyt toteutettujen kokeilujen ulkopuolella. Kokeilut ovat olleet erillisiä toimintakokonaisuuksia normaali-prosessista. Kokeilujen puitteissa rakentuneiden toimintamallien tulisi mahdollistua myös jatkossa.

Uusien mallien kokeilut eivät varsinaisesti ulottuneet *kuntoutuspalvelun tai kurssin käynnistymiseen*, mutta tästä vaiheesta oli mahdollista tehdä välillisiä havaintoja. Keskeisenä tunnistettiin, että tärkeää olisi kuntoutuspalvelujen ja erityisesti kuntoutuskurssien käynnistämisen nopeuttaminen, mikäli halutaan nopeuttaa asiakkaan kokonaisprosessia.

Kuntoutustarpeen tunnistamiseen sekä kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutuspalvelun tai kurssin hakemiseen liittyen tehtiin kolme yhteistä huomiota. Ensinnäkin, asiakkaat ilman diagnoosia mallissa tulee motivoida riittävästi kuntoutumiseen ja motivaation tulisi säilyä hakuprosessin ajan ja myös sen jälkeen. Tähän tarvitaan asiantuntijoiden taholta sitkeyttä, riittävää osaamista ja riittävät resurssit. Lisäksi tulee pohtia käytettävien käsitteiden käyttöä. Kokeilut osoittivat, että asiakkaiden motivointi onnistui ainakin osittain. Toiseksi, ilman diagnoosia mallin tuomat uudenlaiset asiakasryhmät edellyttävät uudenlaisia

toimintatapoja niin yhteistyötaholta kuin myös Kelan taholta. Kolmanneksi, asiakkaan kokonaisprosessissa painotus näyttää siirtyneen asiakkaan yksinäisen selviytymisen sijaan kohti asiantuntijoidien toteuttamaa aktiivista tunnistamista ja ohjaamista kohti kuntoutuspalveluja ja -kursseja.

Kuntoutustarpeen tunnistamisesta kuntoutuspäätöksentekoon asti keskeisiksi osoittautuivat asiakkailla tarjottava tuki, yhteistyö ja uudenlaiset työtavat. Ensinnäkin, kyse oli vahvasti asiantuntijoiden tukemasta prosessista niin Kelan taholta kuin myös asiakkaita ohjaavilta yhteistyötahoilta. Tämä toteutui mallien kokeiluissa hyvin ja erityisesti se tuli esiin suullisen hakemisen mallissa. Toiseksi, kokeiluissa koettiin tärkeäksi ja siellä toteutui hyvin yhteistyön eri muodot. Erityisesti kokeiluissa esiin tuli ammattilaisten välisen yhteistyön sekä Kelan ja sidosryhmien välisen yhteistyön aktivoituminen ja suuri merkitys. Kolmanneksi, Kela lähentyi sidosryhmiä ja asiakkaita. Tämä liittyy erityisesti yhteistyöhön, mutta myös kokonaisuutena Kelan muuttunut rooli koettiin keskeiseksi mallien toteutumisessa. Neljänneksi, työtapojen rakenteelliset muutokset niin Kelan sisällä kuin myös yhteistyötahoilla mahdollistavat mallien toteutumisen jatkossa suunnitellulla tavalla ja myös niiden vakiintumisen.

Kaikkiaan uudenlaiset kuntoutukseen hakemisen mallit näyttäytyvät tervetulleena uudistuksena kuntoutuksen kentällä ja niille asetetut tavoitteet saavutettiin verrattain hyvin. Kentältä tulee vahva kannatus uusille malleille. Mallien vakiinnuttaminen ja niille asetettujen tavoitteiden toteutuminen edellyttää kuitenkin vielä kehittämistä. Asiakkaan kokonaisprosessin kannalta on merkityksellistä, että mallien myötä koettu Kelan lähentyminen yhteistyötahoihin ja asiakkaisiin päin voi osaltaan mahdollistaa myös asiakkaan kokonaisprosessin saumattomuuden. Kyse ei ole yksin Kelan mallien kehittämisestä, vaan asiakkaiden kokonaisprosessien kehittämisestä, johon kuuluvat Kelan uusien mallien lisäksi myös eri yhteistyötahojen toimintamallit ja -tavat.

Lähteet

- Björklund L, Nord U, Tarvainen T. [100 nuorta kehittäjää. Nuorten terveiset psykososiaalisen tuen palvelupakettiin](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Me-säätiö, 2018. Viitattu 20.12.2018.
- Euse. [European Union of supported employment](#). Viitattu 8.12.2018.
- HUS. Tutkijan työpöydän ohjeistus. Helsinki: HUS Helsingin yliopistollinen sairaala. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 18.12.2018.
- Kannisto N. Ilman diagnoosia hakeminen. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu, julkaisematon käsikirjoitus, 2019.

- NEET. NEET-nuorten kuntoutuksen kehittämisen projekti 2018–2019. Helsinki: Kela. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 19.12.2018.
- Opintopolku. Kuntoutus-, tuki- ja ohjauspalvelujen erikoisammattitutkinto. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 20.12.2018.
- Saikkum P, Rajavaara M, Seppälä U. [Monialainen yhteistyö paikallisessa työllisyyden hallinnassa. Integroiva kirjallisuuskatsaus](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 7, 2017. Viitattu 20.12.2018.
- STM. Osatyökykyisille tie työelämään (OTE). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 20.12.2018a.
- STM. OTE-kärkihankkeen tavoitteet ja kuvaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 20.12.2018b.
- STM. [Osatyökykyisille tie työelämään \(OTE\). Otetaan osatyökykyiset töihin ja pidetään osaajat töissä](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 20.12.2018c.
- STM. OTE-kärkihankkeen 12 alueellista kokeiluhanketta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Vanhentunut linkki poistettu 9.12.2020.] Viitattu 20.12.2018d.
- THL. [Osatyökykyisille tie työelämään \(OTE\), alueelliset kokeilut 2016-2018](#). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.12.2018a.
- THL. [ICF-luokitus](#). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.12.2018b.
- Vates. [Tuetun työllistymisen keinot](#). Helsinki: Vates. Viitattu 8.12.2018.